

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

INTEGRANDO CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM SAÚDE: EQUIPES E USUÁRIOS INTERAGINDO NA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO EM TERRITÓRIOS SANITÁRIOS

1ª Edição
Porto Alegre - 2017
Rede UNIDA

Organizadores
Alcindo Antônio Ferla
Erica Rosalba Mallmann Duarte
Alexandre Medeiros de Figueiredo

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**Alcindo Antônio Ferla
Erica Rosalba Mallmann Duarte
Alexandre Medeiros de Figueiredo
organizadores**

**Integrando conhecimentos e práticas em saúde:
equipes e usuários interagindo na educação pelo
trabalho em territórios sanitários**

1ª Edição
Porto Alegre - 2017
Rede UNIDA

Copyright © 2017 by ALCINDO ANTÔNIO FERLA, ERICA ROSALBA MALLMANN DUARTE e ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

I61 Integrando conhecimentos e práticas em saúde: equipes e usuários interagindo na educação pelo trabalho em territórios sanitários [recurso eletrônico] / Alcindo Antônio Ferla, Êrica Rosalba Mallmann Duarte, Alexandre Medeiros de Figueiredo, organizadores. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.

p. 198: il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.10)

ISBN: 978-85-66659-68-9

DOI: 10.18310/9788566659689

1. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. 3. Formação profissional – Saúde. 4. Equipes de saúde – Usuários. 5. Educação em saúde. 6. Atenção primária em saúde. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Duarte, Êrica Rosalba Mallmann. III. Figueiredo, Alexandre Medeiros de. IV. Série.

CDU: 614:37

NLM: W18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho

Organizadores

Ricardo Burg Ceccim
Eliana Goldfarb Cyrino

Editoras Associadas

Cristina Neves Hugo
Renata Flores Trepte

A série Atenção Básica e Educação na Saúde, coleção institucional da Associação Brasileira Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Digital da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

Elaboração, distribuição e informações

Associação Brasileira REDE UNIDA
Rua São Manoel, nº 498, Santa Cecília
CEP 90620-110, Porto Alegre – RS
Telefone: (51) 3391-1252
Site: www.redeunida.org.br

Coordenação Nacional da REDE UNIDA

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Becon de Almeida Neto

Diagramação

Robson Luiz

Arte da Capa

Cadu Ribeiro

Revisão bibliográfica

Manoella Van Meegen

Manuscritos coletados por meio de chamada conjunta entre a Revista Interface e a Editora Rede UNIDA.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Llorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Sumário

Apresentação	2
Quando equipes e usuários interagem na educação pelo trabalho em territórios complexos: renovando conhecimentos e práticas da formação e do trabalho em saúde	6
Gestão da integração ensino-serviço-comunidade na saúde: a experiência compartilhada entre PUCRS, Secretaria Municipal de Saúde e Controle Social de Porto Alegre	26
Integração ensino-serviço e o PET-Saúde: territorialização como ferramenta de aprendizagem interprofissional significativa	46
PET Saúde Mental Centro-Morros: contrastes e encaixes na experiência de formação compartilhada	66
Controle Social na Atenção Primária: Experiência da Criação de um Conselho Local de Saúde	86

A Pesquisa como Ferramenta de Ensino no Projeto Pró/PET-Saúde em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde	102
A Intersetorialidade na Promoção à Saúde Sexual e Prevenção da Gravidez na Adolescência	114
PET-Saúde e Qualificação da Formação Acadêmica: Um Relato de Experiência	134
O PET-REDES como uma Potência Indutora do Matriciamento e da Integração Ensino-Serviço-Comunidade	154
PET Observatório de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal: uma experiência acadêmica e interprofissional em Porto Alegre, RS	176
Sobre os autores:	192

FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

Apresentação

Os textos organizados neste livro são originários de uma iniciativa conjunta da Revista Interface e da Rede Unida que, por meio de uma chamada pública, convidaram à submissão de manuscritos relativos à reflexão e experiência no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), ambos programas de iniciativa do Ministério da Saúde e implementados por instituições de ensino e instâncias do Sistema Único de Saúde. Tais programas previam a busca por maior integração entre a formação e o trabalho na saúde, o fomento à mudança no ensino nestas carreiras e o apoio ao desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão desse setor, assim como a ampliação da participação popular. A iniciativa almejava incentivar a produção de análises e o compartilhamento de conhecimentos sobre a formação nas graduações em saúde diante de sua presença nos cenários da atenção básica e na construção do trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Foram apresen-

tados quase 400 manuscritos, submetidos à avaliação por pares e, desses, 28 artigos compuseram o Suplemento da Revista Interface (Suplemento 1, 2015). Outros 53 manuscritos foram aprovados para o projeto editorial de uma Coletânea. Dada a densidade dos relatos, quando observada a sua distribuição por conteúdos analisados e focos explorados às narrativas, optou-se pela organização de quatro coletâneas temáticas, agregando perfis no tratamento dos componentes da prática, escolhas metodológicas à abordagem ou segmento privilegiado dentre às diretrizes e orientação política dos programas.

A iniciativa permitiu constatar uma grande vitalidade nas experiências do PET-Saúde e Pró-Saúde, sua potência na multiplicidade de olhares e formas de interação entre a formação universitária e os sistemas locais de saúde, assim como o esforço de um exercício intelectual sobre o fazer. Sobretudo, permitiu visibilidade à potencialidade do encontro entre a formação universitária e o trabalho no sistema de saúde, seus efeitos na formação de profissionais e na produção de conhecimentos e tecnologias de apoio às práticas de ensino, de avaliação e de apoio aos serviços e à população.

Da presente publicação constam 9 capítulos com experiências cuja centralidade é a interação de equipes de saúde e usuários, articulando saberes e práticas para a educação no trabalho e pelo trabalho nos territórios de vida e produção de saúde, acrescidos por um capítulo no formato de ensaio teórico produzido pelos organizadores. Os textos foram agrupados em duas sessões: “Formação e campo de práticas” e “Cenários do trabalho e conhecimentos”. A leitura dos textos que compõe a coletânea permite refletir sobre questões práticas da integração entre a formação e o trabalho em territórios vivos e serviços que operam em redes de atenção, constituídos em interação com movimentos sociais. As temáticas mais frequentes nos

textos, que têm uma diversidade de instituições e localizações, são aquelas em que se identifica maior dificuldade em abordar com a ação uniprofissional e apenas com um serviço especializado, como saúde do adolescente, saúde mental, direitos sexuais e reprodutivos, entre outros. Mais do que a denúncia do limite da racionalidade vigente, os textos apontam caminhos e sistematizam tecnologias para a mudança no ensino e o desenvolvimento do trabalho na saúde.





FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

**Quando equipes e usuários
interagem na educação
pelo trabalho em territórios
complexos: renovando
conhecimentos e práticas da
formação e do trabalho em
saúde**

**Alcindo Antônio Ferla,
Erica Rosalba Mallmann Duarte,
Alexandre Medeiros de Figueiredo.**

Introdução:

As políticas de saúde para a área da educação têm sido espaço de tensão entre diferentes concepções sobre como aprender em diferentes cenários e como organizar o trabalho no interior de serviços e sistemas de saúde. Nesse espaço as tensões provêm de distintos interesses, concepções diversas e também da fragmentação institucional na regulação dessas questões. O processo de reforma sanitária no Brasil, que constituiu o sistema de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-o também responsável por ordenar a formação e o trabalho no setor e essa definição está registrada na Constituição Federal. Sem prejuízo das competências dos demais atores, que, nesse caso, incluem outros ministérios (da Educação, do Trabalho, da Ciência, Tecnologia e Inovação, pelo menos) e outros organismos da sociedade (Conselhos Profissionais, Conselho Nacional de Educação), além das instituições de ensino, com graus diversos de autonomia, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, cabe ao SUS competências no ordenamento da formação e do desenvolvimento científico e tecnológico do setor, assim como da rede de saúde.

O reconhecimento da necessidade de maior protagonismo do Sistema Único de Saúde no ordenamento da formação e do trabalho na saúde decorre de diversas questões. Uma primeira, sem dúvida, é de ordem epistemológica e diz respeito aos questionamentos contemporâneos sobre o desenvolvimento científico e tecnológico e sua capacidade de fortalecer a vida e os modos democráticos e saudáveis de viver. Como registra Boaventura Santos (2004), o tempo atual é marcado pelo maior acúmulo de conhecimentos científicos da história e por níveis significativos de injustiça social e violência, o que desfaz uma relação construtiva entre ambos. Segundo o autor, a racionalidade vigente é indolente: tem uma impotência auto-

prescrita, por considerar exteriores as questões complexas do cotidiano; é arrogante, na medida em que se considera incondicionalmente livre para exercer-se; opera numa razão metonímica, reivindicando-se como única forma de racionalidade; e não se aplica a pensar no futuro por considerar o futuro uma extensão linear do presente. Entre outras consequências, Boaventura Santos (2004) destaca uma certa tendência da ciência contemporânea de desperdiçar as experiências como depositárias de outras racionalidades diversas daquela vigente. Os problemas do cotidiano requerem novas abordagens para sua superação e, na saúde, não é diferente.

Entretanto, é preciso, sem dúvida, também considerar que o desenvolvimento do sistema de saúde contemporâneo, e utilizamos o SUS como situação visível e vivida por aqueles que se ocuparam de constituir as experiências constantes da presente coletânea e por aqueles que desenvolveram iniciativas no âmbito dos programas que compõem o escopo de sua abrangência, teve um movimento evolutivo indiscutível nos últimos anos: incorporação de segmentos sociais excluídos de acesso e de protagonismo na sua implementação, produção de conexões de serviços e práticas com serviços territorializados em localidades onde as pessoas vivem e constroem sua saúde, desenvolvimento de serviços diversificados que reivindicam novos modos de organizar o trabalho no seu interior e, mesmo, o acúmulo de uma crítica importante à racionalidade vigente e à visibilização de novas ideias sobre a produção de saúde e modos de abordá-la.

Esse contexto chama a atenção para a necessidade de mudanças na formação das profissões da saúde, como também abre um novo campo de reflexões (CECCIM; FERLA, 2008), responsável pela proposição de novos dispositivos e novas políticas, considerando as discussões gerais sobre a formação

profissional e do trabalho, mas também incorporando as questões e experiências singulares da área da saúde. Entre outras características, essas “novidades” destacam o local como desafio para a territorialização de arranjos de saber e configuração de práticas, constituindo visibilidade para problemas até então invisíveis ou subalternos na produção de conhecimentos e na formação de trabalhadores. Tomamos o desafio de refletir, nesse ensaio, sobre temas como a complexidade necessária ao saber-fazer no cotidiano dos serviços e o protagonismo desejável das equipes e dos usuários na síntese de conhecimentos e tecnologias, mas também sobre a potencialidade desse protagonismo na formação dos profissionais. Tornar visível essas potencialidades tem a pretensão de auxiliar na *travessia de fronteiras* necessária à formação e ao trabalho (CEC-CIM; FERLA, 2008) e também demonstrar a relevância das experiências do cotidiano para a produção de conhecimentos e tecnologias mais prudentes e capazes de organizar de forma mais decente (inclusiva, democrática, cidadã) o trabalho em saúde, tarefa para a qual nos associamos aos relatos captados nas experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que compõem essa coletânea.

Articulação teoria/prática e integração ensino/serviço: repetição ou criação?

Uma questão relevante quando se pensa em mudança no ensino das profissões da saúde tem sido enunciada em diversos escritos e análises como um problema de articulação entre teoria e prática. A expressão “teoria” normalmente designa, ao mesmo tempo, o conhecimento científico sistematizado e disponível, principalmente no espaço acadêmico (relativo à

Verdade, portanto) e o ensino profissional, normalmente enunciado como a transmissão do conhecimento e da técnica, ou a subjetivação pelo conhecimento. Não por outro motivo, a certificação da formação profissional se dá ao final do trânsito nos cursos ou, no limite, pela comprovação da capacidade de trânsito no campo de conhecimentos da profissão, por meio de testes cognitivos. A expressão “prática”, por sua vez, enuncia o mundo do trabalho e seus fazeres, idealmente capazes de utilizar-se das melhores evidências da ciência e da técnica. Há uma hierarquia visível entre essas duas dimensões, uma vez que deficiências no mundo das práticas constituem aspectos secundários na legitimação profissional: deficiências no trânsito acadêmico resultam na postergação ou impossibilidade de titulação; deficiências no campo das práticas, exceto se relativas ao domínio das técnicas, dificilmente resultam em grandes efeitos na carreira profissional, como se vê com frequência na imprensa e no cotidiano dos serviços sobre comportamentos desabonadores de alguns profissionais dirigidos aos usuários. Essa não parece ser a forma mais potente – sequer a forma mais condizente com o processo de formação e de atuação – de pensar nas articulações entre a educação e o trabalho. Há um espaço mais amplo e, de certa forma, desconhecido entre a teoria e a prática. A produção de conhecimentos, que dá base ao que se chama de “teoria”, tampouco está descolada de práticas e das escolhas e desdobramentos políticos que são associados à prática. A transmissão da teoria é, essencialmente, uma prática e uma política, que inclui e exclui conhecimentos e técnicas na formação a partir da perspectiva dos atores que detêm mais poder para essa decisão. Embora essa reflexão pudesse ampliar seu foco para o debate epistemológico mais contemporâneo sobre o conhecimento e sua articulação com os fazeres do cotidiano, interessa-nos aqui refletir especificamente sobre o

contexto da saúde e suas implicações na análise do aprender e do fazer (no sentido das práticas profissionais). Esse é o campo de incidência mais direto dos projetos PET e Pró-Saúde e o núcleo de análise mais diretamente envolvido nas experiências aqui contempladas.

Uma questão que emerge imediatamente, quando se enuncia que há necessidade de articulação entre “teoria” e “prática”, é que parece dado como fato uma separação estrutural entre o ensino e o trabalho. Imediatamente se formula a ideia, bem frequente nas políticas da educação e da saúde para a formação profissional na área, de que é necessário aproximar o ensino com os serviços. É preciso refletir com maior densidade sobre essa questão, que, assim, genérica e sem uma devida problematização, soa falsa do ponto de vista histórico e epistemológico, sendo que seus desdobramentos com frequência resultam em reiterar o já instituído.

Ora, como bem nos recorda Foucault (1989), a “ciência das doenças” (tomaremos a precaução de não denominar de *clínica*, ou pelo menos de qualificar essa como a clínica da biomedicina) nasce no interior do serviço, associada ao trabalho realizado no mesmo. De um serviço muito específico, é verdade, o hospital assistencial da Idade Média, que, com as transformações em diferentes áreas da sociedade europeia do final do Século XVIII, se transforma em “hospital médico”. Essa transformação incidiu sobre os processos de trabalho no seu interior: de um trabalho cotidiano voltado para a assistência espiritual aos doentes e desassistidos, para um trabalho sistemático voltado à cura das doenças, com mudanças significativas no perfil e na organização dos seus agentes. Até meados do Século XVIII, os personagens mais importantes no seu interior são filantropos religiosos em busca de respostas espirituais e a partir de então são profissionais da saúde, buscando anali-

sar, compreender e incidir sobre a doença. A clínica nasce no hospital como ciência e como intervenção sobre as doenças e permanece assim na vigência da lógica biomédica. Até nossos dias, mesmo em diferentes cenários de prática, essa é a abordagem predominante. (FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011). Ocorre que o hospital foi transformado também no serviço assistencial mais relevante do sistema de cuidados naquele período, uma vez que outras práticas e outros saberes até então vigentes foram perdendo legitimidade para a atenção ofertada à população. Portanto, em meados do Século XVIII a formação, a produção de conhecimentos e tecnologias e o trabalho de assistência às doenças ocorria no mesmo local: o hospital médico. Ou seja, ele é, ao mesmo tempo, o local de exercício do trabalho com os doentes, o laboratório de desenvolvimento de conhecimentos e técnicas e o “campo de práticas” para a aprendizagem, com uma particularidade: os atores se repetem e, portanto, o trabalho opera também como experimentação para a produção de conhecimentos e para a formação. No início do Século XX, essa designação é atualizada pelo chamado *Relatório Flexner*, que assim valida esse cenário como central à formação e propõe a aprendizagem no seu interior como a educação cientificamente competente. As ideias de Flexner tiveram a capacidade de gerar efeitos na formação médica no mundo ocidental, constituindo-se como padrão a ser seguido pelas escolas e base para a avaliação da formação. (CECCIM; FERLA, 2011).

As transformações do hospital assistencial para o hospital médico, segundo Foucault (1989), são de ordem disciplinar, produzindo uma nova técnica de gestão das pessoas. Entre as transformações que embasam a ciência e a técnica que se desenvolvem nesse período, o autor cita: a distribuição espacial dos indivíduos se altera, de um aglomerado para séries mais

ou menos homogêneas, a partir dos problemas definidos; o controle no trabalho se desloca do resultado para o processo, inserindo os próprios trabalhadores na “arte do corpo” e do seu controle, ou seja, o controle biopolítico não se dá exclusivamente sobre o doente, mas envolve os próprios trabalhadores, para gerar maior eficácia nos gestos; se desenvolve uma técnica de vigilância constante sobre os doentes, que inclui diversos olhares incidindo sobre os indivíduos; e, por fim, se desenvolve um sistema de registro contínuo dos eventos que acontecem com o doente, analisados de forma ascendente, numa pirâmide que torna o exame um instrumento fundamental de individuação (como “portador” de eventos seriados) e de exercício de poder sobre o doente (a essa altura, já constituído como “paciente”: ao mesmo tempo portador de doença e objeto de intervenção médica). As transformações no interior do hospital se articulam com transformações no saber da medicina, que, nessa época, está inserida num sistema epistêmico voltado ao meio, que compreende a doença como fenômeno natural produzido por formas de relação do indivíduo com o meio. Portanto, a intervenção médica deve ser dirigida também ao meio em que o indivíduo se encontra (daí a naturalização da internação e do controle sobre as diversas variáveis da vida do doente no ambiente hospitalar, deslocado do seu meio) constituindo-se como política de gestão da vida. O hospital médico se constituiu também num lugar de formação e transmissão de saber, instituindo a residência de médicos e demais profissionais na condição de autoridades com base na sua experiência cotidiana graças às transformações no seu interior e à vigência desse sistema epistêmico.

O que Foucault (1989) nos permite compreender é que há um nexos importante entre a transformação do saber e da organização do sistema de saúde no final do Século XVIII e a

constituição de um novo saber sobre as doenças e sobre os modos de tratar os doentes. Esse saber e esse “novo modo” foram fundados (*territorializados*) no interior do hospital, que nesse período passa de assistencial-religioso para médico-curativo. Como todo conhecimento que se fortalece na modernidade, o saber é disciplinar, tende à especialização e, no caso do saber que emerge no interior do hospital, está centrado na visão negativa da saúde, incidindo sobre a doença (na lógica da queixa-conduta, como problema-solução/diagnóstico-procedimento) e a construção epistêmica que se utiliza para compreendê-la naquele momento. As demais concepções e práticas sobre a saúde, os demais códigos e signos para explicar e incidir sobre o adoecimento, outras vivências e significados para o processo de saúde-adoecimento (as “outras saúdes”) que disputavam vigência naquele período, foram perdendo legitimidade tanto no que se refere à utilização para resposta às necessidades de saúde da população como para a produção e acumulação de conhecimentos e a produção de tecnologias para o trabalho. Importante registrar, como nos alertou Madel Luz (2013), que o discurso biomédico produzido nesse contexto tem vigência forte até a contemporaneidade no interior das instituições de formulação e regulação de políticas de saúde, denominadas pela autora de “instituições médicas”.

O trabalho no interior do sistema de saúde como desafio complexo à aprendizagem

Bem, do Século XVIII até os tempos atuais, foram produzidas várias transformações tanto nos sistemas explicativos sobre a saúde e a doença, quanto nos sistemas de serviços de saúde e nas políticas setoriais, assim como nas teorias pedagógicas. Sobretudo, se acumulou uma crítica importante acerca dos limites da racionalidade biomédica para a produção de

saúde. Essas transformações ainda não estão completamente incorporadas no trabalho e no ensino, mas é fato a constatação de que não é um problema genérico de aproximação, senão um conjunto específico de iniciativas de integração e um nível de interação pretendido relativo à superação do modelo de pensamento e práticas vigentes. É fato, também, que as aproximações mais frequentes reproduzem a mesma lógica: o conhecimento e a técnica são apreendidos no ambiente acadêmico e a aplicação dos mesmos, pela repetição em escala, se faz nos serviços, tornados simplesmente “campo de práticas”. Ou seja, tanto a organização do trabalho no interior dos serviços, quanto os modos de organização da formação profissional (seja na sala de aula, seja em outros cenários), são definições políticas tomadas em decorrência dos imaginários vigentes e das condições de pensamento disponíveis; portanto, trata-se de práticas de trabalho no interior dos serviços e práticas de ensino no interior das instituições formadoras. Assim formulada, a questão quebra a hierarquia entre o “saber” e o “fazer” e abre-se para permitir a expressão das disputas que, de outra forma, ficam num plano de invisibilidade que impede ou dificulta o debate e seu próprio desenvolvimento. De toda forma, parece necessário recuperar a articulação inicial, no hospital médico, entre trabalho, ciência & tecnologia e formação, agora considerando que há um conjunto ampliado de serviços e instituições, de natureza diversa e com conexões mais fortes com o cotidiano de vida das pessoas. Essas recomendações também disputam vigência desde, pelo menos, o início do Século XX, afirmando a ideia de que a diversidade de serviços requer variações na formação vigente. (CECCIM; FERLA, 2011).

Mesmo assim, a potência da diversidade de serviços, com muita frequência, se resume à oferta em escala para a repetição e para o desenvolvimento de capacidades instrumentais para

sua aplicação. Muito frequentemente, não se constitui espaço no contato da formação com os serviços para a produção de novos conhecimentos, para a conexão de redes de saberes de origens diversas, para a adequação do conhecimento e da técnica às diversidades locais, para a prospecção de novos arranjos para o trabalho no seu interior. A experiência acumulada no interior dos serviços não adquire status de estranhar o conhecimento que se projeta sobre ela e é desperdiçada como dispositivo para fazer avançar o conhecimento e as práticas, inclusive na gestão da aprendizagem e do próprio trabalho. O distanciamento entre ensino e serviços não se dá, centralmente, pela falta de contato, mas pela não integração efetiva, ou melhor, por uma integração fixa: o serviço é “campo de práticas” para os conhecimentos e as técnicas aprendidas na sala de aula, que ainda mantém em grande medida a conexão com o seu serviço de origem, o hospital médico. Novamente a ressalva de que não se trata de negar a relevância do conhecimento produzido pela biomedicina até agora, apenas de perceber que a mudança do *setting* de exercício do trabalho também requer ajustes no conhecimento e nas tecnologias que o embasam e, portanto, também na formação dos profissionais. Talvez as questões mais evidentes da inadequação da simples transposição de cenários sem o ajustamento da base epistemológica sejam, justamente, os temas que se concentram nos relatos dessa coletânea: saúde do adolescente, direitos sexuais e reprodutivos, saúde de usuários de drogas, entre outros. A relação saber/poder do conhecimento disciplinar não “pega” nesses segmentos e as estratégias de disciplinamento como preparação para as boas práticas da clínica tampouco se mostram eficazes. O cuidado, nesses casos, requer trabalho em equipe, matriciamento em rede, conhecimento das políticas e da organização dos serviços e de articulações intersetoriais, entre outras.

Entretanto, as “aproximações” mais frequentes ainda partem do suposto de que ensino e serviços não formam um híbrido, no máximo duas faces distintas da mesma moeda, onde há um “meio” sólido e seguro que as separa. Uma efetiva integração parte do borramento das fronteiras entre ambos, constituindo as instituições de ensino e os serviços como correspondentes pelo desenvolvimento do ensino e dos serviços, e se faz não como relação individual entre o ensino de uma profissão e um serviço, mas com arranjos multiprofissionais e com redes de atenção num determinado território, como sistemas de saúde locais. (FERLA et al., 2015). Não se trata de embaralhar responsabilidades e eliminar especificidades entre ambas, mas de superar a imagem de que a universidade não tem qualquer responsabilidade com o desenvolvimento do trabalho no interior dos serviços, exceto pela pesquisa sobre os mesmos e disseminação do conhecimento, e que os serviços não têm qualquer responsabilidade sobre o ensino, exceto abrir-se como campo de práticas. A conexão com o sentido mais forte da integração requer responsabilidades recíprocas, mas também o borramento dos lugares constituídos para ensino e para serviços, não mais como lugar de teoria (a universidade e a sala de aula) e de práticas (os serviços). O desenvolvimento do trabalho e a inovação pedagógica requerem aproximação e certa dose de aventura, uma vez que o conhecimento está representado, ao mesmo tempo, pela produção científica de uma parte cada vez mais restrita da realidade visível e por um conjunto de relações de poder, retomando o conceito de disciplina em Foucault (1989). O que nos recoloca, na reflexão sobre o que precisa ser mudado, em práticas fragmentadas e relações fixas de poder e pertencimento.

Há limites importantes, bastante visíveis, na lógica disciplinar constituída na origem da clínica biomédica, que quere-

mos abordar a partir da ideia de que a produção da saúde e da doença, assim como a organização do trabalho, também tem dimensões menos estruturadas e redutíveis ao conhecimento prévio. O interior do hospital e suas transformações não é o único cenário para conhecer e abordar o processo de produção de saúde (mesmo da doença) e, no tempo atual, provavelmente sequer o que tem mais desafios para a formação e para o desenvolvimento do trabalho. Políticas e sistemas de saúde, assim como a compreensão do processo de produção de saúde, tiveram grande desenvolvimento nos últimos tempos e as produções pedagógicas mais contemporâneas, que embasam as políticas de educação mais recentes, falam de desenvolvimento de capacidades profissionais como experimentação e na produção de conhecimento significativo ao sujeito que aprende. (CECCIM; FERLA, 2008). As transformações na educação em saúde no século XXI apontam, justamente, para a interdependência entre os setores de saúde e educação e para a construção de processos pedagógicos que sejam capazes de produzir sujeitos com saberes, capacidades e atitudes quem respondam as necessidades em saúde. (FRENK et al, 2010). Há ventos de todos os lados soprando em favor de mudanças mais substantivas no fazer cotidiano dos serviços e na formação dos trabalhadores da saúde.

Para seguir nessa reflexão, escolhemos fazer uma aproximação com o conceito da complexidade, inicialmente com a ideia da não redutibilidade das questões do “mundo do trabalho” ao conhecimento disciplinar disponível, revisitando algumas construções intelectuais do campo da saúde. Madel Luz (2009), em ensaio clássico sobre a complexidade do campo da saúde coletiva, nos auxilia nessa reflexão. Diz-nos a autora, revisando contribuições de estudiosos do campo, que há especificidades paradigmáticas que incidem sobre seu de-

envolvimento, além de uma diversidade de disciplinas que o compõem e um hibridismo epistemológico que aponta deslocamento em direção à complexidade. O debate conceitual em torno da saúde, da visão “negativa” (saúde como ausência de doenças) ainda hegemônica, originada nas especialidades médicas (mas também em parte da produção das ciências sociais), para uma visão de positividade, afirmando modos de produção e afirmação da saúde, produz um deslocamento relevante para a refundação do campo, mas também para a vitalidade de sua produção. Luz (2009) enumera um conjunto de tensões que estão na base da vitalidade do campo: tensões disciplinares, inclusive de campos diversos, produzindo um hibridismo epistemológico onde coexistem lógicas de produção do conhecimento e de organização do trabalho; tensões entre a lógica teórico-epistemológica da produção de conhecimentos (interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar de origem) e a lógica operativa e pragmática da eficácia, vigente nas práticas voltadas para o controle do adoecimento individual e coletivo. Além dessas, a própria noção do coletivo gera tensões no campo, derivadas da interpretação da Epidemiologia, da Saúde Pública, das Ciências Humanas e de uma certa margem de indefinições, que mantêm vivo o espaço de disputas por vigência na elaboração de políticas até a implementação do cuidado. (GUIMARÃES, 2016).

Na intenção deste ensaio, a inserção da ideia de complexidade como tensão de lógicas diversas e engendramento de arranjos móveis de conhecimento não tem como objetivo principal a crítica à racionalidade vigente da ciência e/ou da biomedicina, mas de destacar, pelos argumentos já listados até aqui, a relevância e a inovação de pôr em interação, na reflexão sobre o ensino e o desenvolvimento do trabalho, os pares conhecimentos/práticas, equipes/usuários, equipes/ensino,

usuários/ensino, saúde/território, conforme enuncia o título. Colocar esses pares em ação para a análise da integração entre ensino e sistemas locais de saúde, na perspectiva da mudança na formação das profissões da saúde, significa dar visibilidade à ausência até agora, retomando a formulação de Boaventura Santos, e aproveitamento das experiências do cotidiano. A relação ensino e trabalho no cotidiano dos serviços é dispositivo da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (“Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”), conforme o documento oficial do Ministério da Saúde quando propôs o campo de ação estratégica da “gestão do trabalho e da educação na saúde” (Brasil, 2004). Educação & Desenvolvimento é uma expressão que fala do ensino, da aprendizagem e da construção de práticas em relação de implicação, articulados no cotidiano do trabalho. (CECCIM; FERLA, 2008)

Na perspectiva da educação permanente em saúde, a articulação ensino e trabalho é propícia para a travessia de fronteiras entre o paradigma epistemológico vigente e as necessidades do cotidiano do ensino e do trabalho. Trata-se de tornar os problemas e situações do cotidiano do trabalho em dispositivo de pensamento e análise para as equipes (equipes ampliadas, incluindo os profissionais em formação que estão nos serviços) e com os usuários (indivíduos, grupos e movimentos, no serviço e no território de atuação), produzindo novos e provisórios arranjos de conhecimento, técnicas e tecnologias para a organização de intervenções. Ao tempo em que se faz novas sínteses, se desloca o trabalho para outra dimensão, mais próxima da integralidade; se desloca também o corpo, transformando-o pela aprendizagem. Assim, o conhecimento se torna significativo (CECCIM; FERLA, 2008) para seus agentes, ampliando a capacidade de tomar decisões em cada situação. A educação permanente em saúde amplia a compreensão da abrangência

do trabalho e do ensino na saúde para o quadrilátero formação/atenção/gestão/participação, colocando em movimento esses vértices, como na imagem de uma mandala que se faz presente no cotidiano. (CECCIM; FERLA, 2008). Ao deslocar o pensamento, torna visíveis as interfaces entre ensino e serviço, entre diferentes profissionais da equipe, entre serviços diversos da rede de atenção, entre diversidades que compõem os modos de viver e produzir saúde das pessoas, entre as diferentes dimensões do território em que vivem e atuam. Enfim, nessa perspectiva, equipes e usuários pertencem à miríade de saberes que precisa pertencer às práticas e à aprendizagem e, portanto, são portadores de potência para o desenvolvimento do trabalho e do ensino. A leitura dos textos que compõem essa coletânea, por certo, afirmará a escolha de tornar visível sua contribuição e a relevância de constituir integrações para o ensino como alianças que incluam esses atores.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em 09/11/2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. Em; MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. Pág. 258-277.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde** [online]. 2008, vol.6, n.3, pp.443-456. Disponível na internet: <http://www.revista.epsv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>. Acesso em 14/03/2016.

FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Medicina e hospital. **Fractal, Rev. Psicol.** [online]. 2011, vol.23, n.3, pp.487-500. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n3/v23n3a04.pdf>. Acesso em 14/03/2016.

FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Míriam Thaís Guterres; SANTOS, Liliane Maria dos. Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo de redes de atenção. Em: _____ (Orgs.). **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Pág. 9-21. (Cadernos da Saúde Coletiva, 4). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/cadernos-da-saude-coletiva-redes-vivas-de-educacao-e-saude-relatos-e-vivencias-da-integracao-universidade-e-sistema-de-saude-vol-4-pdf/view>. Acesso em 14/03/2016.

FRENK, Julio; CHEN, Lincoln; BHUTTA, Zulfiqar A; COHEN, Jordan; CRISP, Nigel; Evans, TIMOTHY FINEBERG, Harvey et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, 2010, 376(9756): 1923-1958.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano. **O coletivo na saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. (Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, 4). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/o-coletivo-na-saude>. Acesso em 16/11/2016.

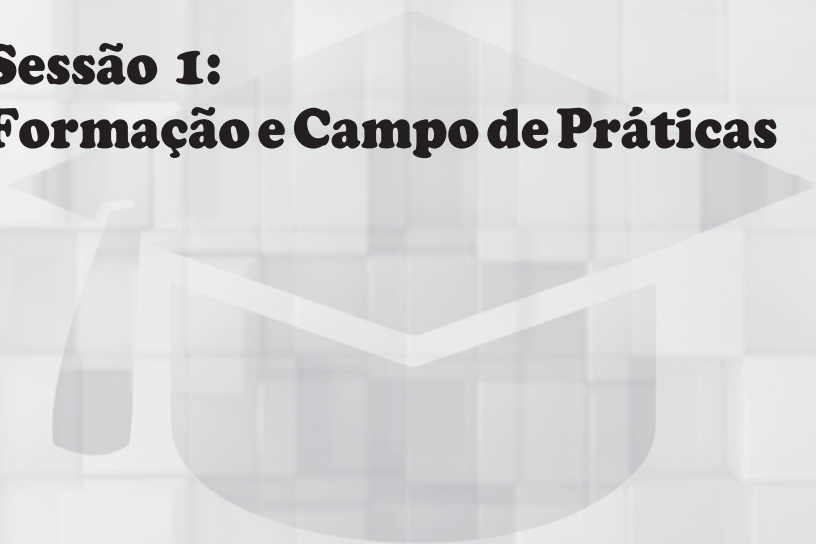
LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude Soc.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp.304-311. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em: 14/03/2016.

LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas do Brasil. 2 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva, 3). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicas-pdf/view>. Acesso em 14/02/2016.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Em: _____ (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: “um discurso sobre as ciências” revisitado. São Paulo: Cortez, 2004. Pág. 777-821.



Sessão 1: **Formação e Campo de Práticas**



FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

Gestão da integração ensino- serviço-comunidade na saúde: a experiência compartilhada entre PUCRS, Secretaria Municipal de Saúde e Controle Social de Porto Alegre

Valeria Lamb Corbellini

Thaís Teixeira Closs

Heloisa Helena Rousselet Alencar

Marisa Martins Altamirano

Vânia Maria Frantz

O desafio da efetivação do modelo assistencial previsto pela Lei Orgânica da Saúde - baseado na indissociabilidade da Universalidade, equidade e integralidade - tem aglutinado trabalhadores, gestores e usuários na formulação de propostas para a consolidação dessa política

A formação em saúde assume posição estratégica na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como define a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), o ordenamento da formação afirma a importância da intervenção do Estado com iniciativas que contribuam para o desenvolvimento de competências que permitam atuar de acordo com os princípios dessa política, bem como a adoção de uma lógica pública na formação em saúde.

Avançar em políticas nesta Área é fundamental, pois ao longo do desenvolvimento das propostas político-pedagógicas dos cursos de formação dos profissionais de Saúde percebe-se um claro distanciamento entre tais propostas e as necessidades sociais da população usuária (sobretudo dos serviços assistenciais) do SUS. Há um visível favorecimento das especializações focadas na doença, do setor privado de serviços de saúde, da fragmentação de saberes e práticas, repercutindo em um distanciamento da constituição de uma abordagem integral nos serviços de saúde.

Tal distanciamento evidencia-se por um perfil tecnicista de ensino - centrado em conteúdos, com orientação biologicista na abordagem da saúde e grande preocupação com a sofisticação dos procedimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento – em detrimento de abordagens pedagógicas problematizadoras, que valorizem o protagonismo dos estudantes e o conhecimento acumulado em diferentes Áreas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse Campo, identifica-se como desafio transitar da esfera privada, dos interesses privatistas no setor Saúde e Educação, para a esfera/lógica pública na formação em saúde, tomando as necessidades da população como eixo impulsor da produção de novas experiências pedagógicas, que dialoguem com a rede do SUS, que identifiquem os desafios atuais desse sistema e os incorporem na construção de novos perfis profissionais, inclusive na produção de conhecimentos no âmbito da Pós-Graduação (CLOSS, 2013). Portanto, organizar a formação, o trabalho e os serviços de saúde a partir das necessidades sociais é elemento imprescindível na garantia do direito à saúde.

É a partir deste embasamento legal do SUS que vêm ocorrendo a criação e a expansão de políticas indutoras¹ voltadas para mudanças na graduação em saúde e ações de Educação Permanente em Saúde² para os trabalhadores. Tais políticas apontam para a concepção de que a rede de serviços do SUS constitui-se em locus de ensino-aprendizagem, o que implica, fundamentalmente, iniciativas de integração ensino-serviço-comunidade, instituindo, no interior dessa rede, práticas de

1 Entre essas políticas estão o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAUDE, voltado, inicialmente, para mudanças curriculares nos cursos das profissões que compõem a equipe de Saúde da Família e, atualmente, ampliado para todas as graduações da Área da Saúde. Neste âmbito registra-se também o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, que tem como objetivo a formação de grupos tutoriais voltados à vivência, aprendizagem e pesquisa na rede de Saúde. Estas experiências, financiadas pelo Ministério da Saúde e promovidas pelas Instituições de Ensino Superior com as redes locais de saúde, têm fomentado diversas trocas multiprofissionais, bem como ampliado a integração ensino-serviço na saúde.

2 A Educação Permanente em Saúde baseia-se na aprendizagem no trabalho, realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e considera que as questões de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades de saúde dos sujeitos, dentro da dinâmica concreta dos serviços de saúde. Assim, constitui-se em um processo educativo que ocorre a partir da problematização do cotidiano de trabalho, sendo realizado através de espaços e temas que gerem auto-análise, implicação, mudança institucional e transformação das práticas em saúde⁴.

formação e de pesquisa. Trata-se, assim, de uma importante mudança de perspectiva na abordagem dos serviços de saúde: estes, como espaços de geração de conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial.

Isto implica a construção de uma lógica pública na formação em saúde, marcada por três eixos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a): a educação que tenha como centro as necessidades de saúde da população, inclusive as necessidades locais, a consolidação do modelo assistencial, previsto pela Lei Orgânica de Saúde, indissociável do projeto da Reforma Sanitária e a articulação intersectorial³ saúde-educação, ancorada no controle social para a formulação e a execução de políticas referentes a essa Área.

A construção da referida lógica requer a articulação de uma multiplicidade de atores, movimentos e instâncias, seja na Saúde como na educação, tendo em vista adensar estratégias que de fato impactem em mudanças na formação e qualifiquem a atenção em saúde. Nesta perspectiva, este artigo visa relatar as experiências construídas conjuntamente pela PUCRS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre (PoA), sistematizando as estratégias adotadas para uma gestão participativa da integração ensino-serviço-comunidade em saúde.

3 Neste horizonte, toma-se como referência a perspectiva da constituição de um quadrilátero da formação para a Área da Saúde, articulando os seguintes eixos²: o ensino, que além das instituições formadoras, de seus docentes e dirigentes, abarcaria o protagonismo do movimento estudantil; a gestão setorial, que implica a atuação dos gestores na articulação de ações contínuas para que estabeleçam mudanças na formação, a atenção em saúde, que englobaria o diálogo não só com os serviços, com as práticas, mas com a gestão e organização de conhecimentos do setor saúde e o controle social, como espaço de participação da sociedade na fiscalização, formulação e acompanhamento/avaliação da implementação de políticas.

1. Integração ensino-serviço-comunidade: contexto local e articulações na mudança da formação em saúde

Em Porto Alegre, o contexto atual de desenvolvimento da política de educação na saúde, considerando o conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, a vigilância em saúde e os âmbitos da gestão que compõem o SUS municipal e o conjunto de Instituições de Ensino, tanto universitárias como de formação técnica, tem uma *conformação inédita*, que vem sendo gestada especialmente nos últimos seis anos.

Em 2009, com o objetivo de problematizar esse tema na agenda do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, foi realizado o I Seminário sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre, que marcou os primeiros passos na formulação de uma política municipal de integração entre o ensino e o trabalho em saúde.

A partir dos encaminhamentos do Seminário, o debate sobre a Educação na Saúde ganhou consistência, tanto no interior da Secretaria e do Conselho, como nas experiências concretas que vinham sendo desenvolvidas nos territórios assistenciais da cidade. Isso se refletiu na maciça presença de estudantes, residentes e professores em todo o processo da VI Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano seguinte, incluindo a sua participação, não só nos debates e encaminhamentos de propostas, mas na própria organização do evento, relatoria e representação como delegados, nas etapas estadual e nacional.

A partir dos Programas que ganham espaço majoritário na rede assistencial, principalmente a partir de 2007 (PRÓ-Saúde e PET-Saúde e as Residências), estão previstas atividades de pesquisa e intervenção comunitária, na forma de projetos de extensão. Estimula-se a participação de alunos e professores

nos espaços de controle social local, nos equipamentos comunitários como escolas, creches, associações de moradores, clubes de mães e outros. Nas equipes de saúde, os alunos e residentes participam de todos os processos de cuidado, desde o acolhimento até a elaboração do projeto terapêutico, bem como dos espaços de matriciamento existentes, que devem compor o percurso da aprendizagem, na realidade do SUS.

Esse percurso didático-pedagógico, da mesma forma que o dos usuários, pelas diversas redes de atenção à saúde, dentro da perspectiva de vínculos terapêuticos que se estabelecem por meio das chamadas *Linhas de Cuidado*, deve convergir, isto é, ampliar as possibilidades de conexão entre esses dois trajetos.

A parceria entre a PUCRS e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre existe desde a década de 1970, com a criação dos cursos de Medicina, Serviço Social, Odontologia e Psicologia. Entretanto, foi com a implantação de novos currículos nos diversos cursos da Área da Saúde e com a participação da PUCRS no PROMED e PRÓ-Saúde I e II que houve um estreitamento das relações entre docentes e trabalhadores, o que facilitou sua integração.

Com essa aproximação, os gestores municipais vêm dando importância a esses projetos, que contribuem para a formação de novos profissionais de Saúde voltados às demandas sociais e políticas nessa Área, potencializando, também, respostas às necessidades concretas da população brasileira, não se restringindo à formação de recursos humanos, mas contribuindo, também, para a produção do conhecimento e a prestação dos serviços, com vistas ao fortalecimento do SUS (THIESEN; CORBELLINI; GUSTAVO, 2011).

É importante destacar que Porto Alegre está dividida em oito Gerências Distritais (GD) de Saúde que são responsáveis

pela gestão local de todos os serviços de Atenção Primária, Ambulatorial, Especializados e Substitutivos⁴ de seus territórios, que, a partir desta estrutura, foram constituídos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) para melhor coordenar a atuação das diversas instituições de ensino de Porto Alegre. No caso da PUCRS, a SMS destinou as Gerências dos Distritos Leste-Nordeste (LENO) e do Partenon-Lomba do Pinheiro (PLP), totalizando em torno 320 mil habitantes (23% população do Município), como Campo de aprendizagem dos acadêmicos e de todos os projetos que são desenvolvidos nesse local, além das atividades curriculares obrigatórias, realizadas em Campos dos diversos cursos da Área da Saúde da Universidade.

A definição dos *territórios* de atuação para cada uma das instituições de Ensino, que passaram a ser identificados como DDA, é um processo que vem ganhando consistência e tem permitido identificar, de forma mais objetiva, as potencialidades e fragilidades das estruturas assistenciais, deixando entrever como as capacidades e necessidades se distribuem diferenciadamente na Cidade.

Não se trata de uma *territorialização* de cunho meramente geográfico ou burocrático-normativo, mas de construção de vínculos responsáveis entre os elementos implicados na formulação de uma política estratégica, alinhada aos princípios do SUS, tendo como centro as necessidades da população da cidade. O desenho ou arranjo proposto, a partir dos DDAs, tem sido importante também na construção de vínculos com o controle social na cidade.

Além disto, a perspectiva dos DDAs não se restringe somente à Atenção Primária em Saúde, embora sua ênfase esteja

4 Serviços Substitutivos são aqueles que substituem as internações hospitalares, como por exemplo: Residenciais Terapêuticos, Casas de Apoio, entre outros.

centrada nas mudanças curriculares dessa Área, nas experiências de integração ensino-pesquisa-serviço-comunidade, incluindo a perspectiva da construção de redes de atenção entre diferentes serviços do território, nos diversos níveis, tendo em vista a compreensão totalizante do SUS no processo de formação, fomentando competências para o trabalho integrado em saúde.

Nos marcos da organização dos DDAs, outras estratégias da gestão estão sendo acionadas, como a constituição de grupos regionais de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde, que contam com a presença do controle social e que também são acompanhados, em algumas Regiões, por residentes, professores, alunos dos Programas PRÓ-PET-Saúde, ampliando as trocas entre os atores envolvidos. Essa aproximação tem produzido um *partilhamento* e/ou sentimento de *pertencer*, por meio da aproximação crescente da Universidade com as necessidades de saúde dos territórios.

Na PUCRS, o desenvolvimento das propostas dos Projetos do PRÓ-PET-Saúde foi concebido coletivamente entre a Universidade (Pró-Reitoria Acadêmica/PROACAD), representantes docentes e discentes dos cursos da Área da Saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Odontologia), das Gerências Distritais (LENO e PLP/SMS/POA) e representantes dos quatro Conselhos Distritais de Saúde (CDS), desde as etapas preliminares, até a formulação dos subprojetos, mantendo-se como princípio a interprofissionalidade.

Como estratégias de articulação intra e interinstitucional consideraram-se as diretrizes e prioridades indicadas pelas GDs e Conselhos Distritais, envolvidos a partir dos indicadores de saúde dos territórios. O princípio norteador foi o de contribuir para a ampliação da formação integral dos alunos,

com vistas à integração ensino-pesquisa-serviço-comunidade, considerando a realidade social, as demandas do Ministério da Saúde (MS) e das necessidades constadas nos Distritos de Saúde da SMS, atendendo ao Plano Municipal de Saúde (PMS) e à Programação Anual de Saúde (PAS).

A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. É fundamental vislumbrar novos cenários de formação profissional, nos quais se busca desenvolver uma proposta em rede articulando as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade [...], integrando docentes, discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e da realidade sanitária, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (BISCARDE; PEREIRA; SILVA, 2014).

Essa articulação pressupõe o alinhamento das atividades pedagógicas entre as diferentes subáreas de conhecimento nos cenários das práticas da rede de atenção dos distritos, de modo a provocar um repensar dos currículos e adequá-los à formação para o SUS, bem como, possibilitar mudanças na prática assistencial por meio do ensino e da pesquisa.

Dada esta abordagem do contexto municipal e da inserção da PUCRS no mesmo, é importante ressaltar que cada DDA possui particularidades na construção da gestão da integração ensino-serviço-comunidade, tendo em vista as metodologias de trabalho construídas na interface entre as Instituições

de Ensino Superior (IES) e Gerências de Saúde. No próximo item, abordaremos a metodologia de trabalho construída na relação PUCRS e SMS.

2. Construindo a gestão participativa da integração ensino-serviço-comunidade: estratégias e metodologia de trabalho

As mudanças curriculares dos cursos da Área da Saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO, 1998) da PUCRS iniciaram com as Diretrizes Curriculares e foram adensadas e consolidadas com os Programas PROMED, PRÓ-Saúde I, II e III, PET-Saúde e o PRÓ-Ensino na Saúde. A inclusão dos serviços da rede básica como cenários de prática, a discussão e pesquisa sobre as ações pedagógicas e o SUS, a ampliação da participação dos discentes na ótica de uma rede de atenção e a adoção de estratégias multi/interprofissionais em saúde têm favorecido o processo.

Neste percurso, um espaço estratégico da integração entre os diferentes atores envolvidos nesses Programas é a Comissão Gestora Local, congregando a Universidade (docentes, discentes), a gestão do território da saúde e representantes do controle social. Esta Comissão, constituída no ano de 2005 pelo PRÓ-Saúde I, com funcionamento mínimo mensal regular, desde então, é uma das estratégias de gestão da integração ensino-serviço-comunidade, orientando-se por um princípio básico: a formulação, execução, acompanhamento e avaliação das ações do PRÓ/PET-Saúde com base no que se refere às necessidades sociais em saúde do território.

Neste horizonte, a PUCRS vem formulando e executando integradamente nove projetos do PRÓ-PET-Saúde, os quais articulam docentes e discentes de nove cursos da Área da saúde, já citados. Esses projetos desenvolvem ações de intervenção e

pesquisa em territórios marcados pelos impactos das desigualdades sociais, nas condições de vida da população, no acesso aos direitos sociais, e portanto, priorizam temáticas a partir das necessidades sociais em saúde: Saúde do Escolar, Rede Cego-nha, Tuberculose/HIV, Academia de Saúde, Dengue, Pessoas com Deficiência, Gestantes e Puérperas Usuárias de álcool, crack e/ou drogas e Saúde dos Povos indígenas. Além dessas, adota-se a estratégia de quatro políticas transversais aos projetos: Política Nacional de Humanização, Saúde da População Negra, Saúde Mental e Educação Permanente em Saúde.

O desenvolvimento integrado destes projetos tem evidenciado a importância da mudança da formação profissional como um dos eixos de potência para a construção de práticas em saúde, com maior abrangência e integralidade. Além disto, tem desafiado a construção de novas metodologias pedagógicas, pautadas em processos participativos e dialógicos, que congregam distintos saberes e potencializam ações integradas entre os cursos da Área da Saúde da Universidade, com base nas necessidades emergentes do território e dos processos de trabalho.

Neste quadro, com o objetivo de ampliar a integração de diferentes projetos do Ministério de Saúde e facilitar a gestão coordenada de processos administrativos e acadêmicos internos e de suas interfaces externas, a PUCRS criou a Coordenadoria de Programas Especiais vinculada à PROACAD.

Esta coordenadoria articula o PRÓ/PET-Saúde com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRE-MUS), com bolsas de Iniciação Científica e atividades de Extensão voltadas para o atendimento de políticas estimuladas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/MS. As atividades planejadas por alguns projetos são compartilhadas com os demais, potencializando-se os investimentos

em formação de profissionais com competências para o trabalho no SUS, bem como fortalecendo a qualidade dos serviços de saúde.

Várias são as ações que têm sido desenvolvidas, em nível de gestão, para o aprimoramento da relação ensino-serviço-comunidade, da transformação das práticas em saúde e da construção coletiva de novos saberes sobre o fazer, nesta Área. Na figura 1, a seguir, destacamos os diferentes espaços de viabilização da gestão participativa da integração ensino-serviço-comunidade em saúde.

Como já referido, a *Comissão Gestora Local* é uma estratégia central na gestão participativa. Neste espaço, todas as definições referentes aos programas são discutidas, como a construção dos projetos, a execução e o acompanhamento, a avaliação e a implementação de ações de Educação Permanente (rodas de conversa, oficinas, seminários e cursos). Estas ações, por sua vez, têm a participação efetiva de docentes e discentes, trabalhadores, gestores e representantes dos Conselhos Distritais.

Tendo em vista consolidar a articulação entre PRÓ-PET-Saúde, foi constituído, em 2010, o *Fórum de Coordenadores de Cursos da Saúde*, que tem sido fundamental para a ampliação da abrangência das ações. Podem-se destacar, como resultado desta estratégia, a discussão, construção e implementação de uma disciplina comum e obrigatória para todos os cursos da Saúde, buscando assim, uma ampliação da discussão e integração entre os discentes e docentes. A disciplina, intitulada *Trabalho Integrado em Saúde*, foi implementada, em 2013, contando com a participação de preceptores, representantes dos Conselhos Distritais e do Municipal e da Gestão dos territórios, por meio de Seminários que objetivam ampliar as

atividades de ensino e propiciar uma interlocução do ensino-serviço e comunidade.

Outro espaço fundamental, *Núcleo de Excelência*, com periodicidade bimestral, consiste em um fórum ampliado com a participação de todos os preceptores, tutores e representantes discentes. Este fórum é organizado a partir de pautas apontadas pelos diversos atores que debatem metodologias, estratégias e instrumentos pedagógicos⁵ que potencializem a aprendizagem dos discentes na Rede de Saúde, bem como qualifiquem os tutores/docentes, os preceptores e as equipes em que estão inseridos nessa rede.

Semanalmente ocorrem duas reuniões, uma na sequência da outra, sendo a primeira, a *dos Tutores PET-Saúde* e coordenações do PRÓ-PET, PET-Vigilância e PET-Redes, que tem como objetivo favorecer a integração entre os projetos e propiciar um espaço de suporte para os docentes. A segunda, denominada *Encontro de Tutoria*, envolve todos os grupos PETs, no qual cada tutor se reúne com os seus alunos bolsistas. Cabe salientar que todos os grupos tem alunos dos diferentes cursos, propiciando a integração e a vivência multi e interprofissional. A metodologia é orientada pela perspectiva da problematização do cotidiano vivenciada nos cenários de prática, estimulando o protagonismo dos discentes, adensando o suporte teórico-prático para as atividades interventivas e para a formulação de propostas de investigação, bem como da sistematização das práticas desenvolvidas na Rede de Saúde. *No mínimo*, uma vez por mês, ocorre a participação dos preceptores, nestes *Encontros de Tutoria*, denominadas *Reuniões*

5 Os debates viabilizados pelo núcleo têm, como um dos seus produtos, a construção coletiva dos seguintes instrumentos pedagógicos: Orientações e instrumento para a elaboração de plano de preceptoria e atividades dos discentes, instrumentos de avaliação eletrônicos do programa (discente/preceptor/tutor), sistematização das atribuições e papéis discente/preceptor/tutor no desenvolvimento do PET-SAÚDE.

Coletivas, no qual alunos bolsistas, preceptores e o tutor realizam o planejamento integrado, a avaliação das atividades dos bolsistas e partilhamento do plano de preceptoria. Além disto, neste espaço são viabilizados a construção conjunta dos projetos de pesquisa e o alinhamento conceitual e prático, estratégias de trabalho que também potencializam a Educação Permanente dos trabalhadores.

Outra estratégia de gestão são as *Reuniões das Coordenações PET-Saúde e GDs*, realizadas semestralmente. Estas têm como objetivo a avaliação e o realinhamento dos objetivos propostos nos projetos, assim como o planejamento e a articulação para acolhimento e inserção dos alunos dos estágios obrigatórios entre os cursos, providenciando a qualificação dos cenários de prática para a recepção dos acadêmicos, na lógica interprofissional. Da mesma forma, ocorrem nas Gerências, reuniões de colegiado de gestão, com a presença de todos os coordenadores dos serviços, nas quais os projetos são apresentados, discutidos e acompanhados, o que também ocorre nos Conselhos Distritais.

Na lógica da gestão participativa, ocorre anualmente o que chamamos de “VER-SUS” docente, fazendo parte do processo de Educação Permanente dos docentes da Universidade, direcionada a todos os professores dos diferentes cursos da Saúde, não restringindo somente aos da Área da Saúde Coletiva. Nesta atividade, os docentes circularam pelo território para conhecerem a Rede e as Unidades de Saúde. É oportunizada uma roda de conversa com as equipes que estão nos campos de prática, além de um momento com a gestão e o controle social. Esta atividade tem como objetivo discutir o processo de trabalho da equipe, os programas desenvolvidos, as características epidemiológicas do território, de acordo com os princípios do SUS e as atribuições e funções da gestão e do controle social.

Desde 2013 o *Salão de Iniciação Científica (SIC)* da PUCRS conta com sessões especiais destinadas ao PET-Saúde com direito ao prêmio destaque de melhor trabalho. Esse espaço também é aberto às demais Universidades do Estado que desenvolvem o PRÓ/PET-Saúde, visando à possibilidade de integração e também socialização das produções desses grupos tutoriais.

Estas estratégias de gestão têm propiciado o fortalecimento da parceria da PUCRS com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e com o controle social, consolidando assim, a integração ensino-serviço-comunidade.

Considerações finais

Constata-se que as atividades realizadas pela Universidade, em parceria com a SMS, até o momento têm fortalecido os conhecimentos norteadores das Políticas de Saúde e Educação Permanente em Saúde, favorecendo o aprofundamento da integração ensino-serviço-comunidade. Um dos aspectos determinantes para tal, foi a ampliação de referenciais enfocando Atenção Primária em Saúde, as redes de atenção e a prática de ensino nos serviços das Gerências dos Distritos que constituem o DDA. Essa estratégia tem propiciado mudanças na orientação teórica e na ampliação da produção de conhecimento voltado às necessidades do SUS.

É possível afirmar que esses Programas colaboraram para a implementação das novas diretrizes curriculares nos cursos envolvidos, possibilitando, principalmente, a relação entre teoria e a prática e a aprendizagem ativa, por meio de intervenções e pesquisas vivenciadas no cotidiano do processo de trabalho dos serviços de Atenção Primária, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, em articulação com serviços de matriciamento e demais níveis de atenção. Além disso, a

participação dos alunos nos serviços tem sido um estímulo à qualificação e aprimoramento permanente dos trabalhadores, trazendo repercussões positivas às equipes de saúde.

Por meio desta ação, reforçar a universalidade do acesso, a equidade da rede de saúde e a integralidade têm sido desafios centrais que perpassam cotidianamente as ações desenvolvidas pela PUCRS, SMS e Controle Social, potencializadas pelos projetos PRO-PET-Saúde.

Neste sentido, a integração ensino-serviço-comunidade tem evidenciado ganhos para os estudantes, trabalhadores, usuários e gestores do SUS, e certamente para o corpo docente da Instituição de Ensino. Para os alunos, a experimentação da intervenção e da pesquisa, além do seu núcleo de saberes e práticas, a partir da problematização do cotidiano do trabalhador e do usuário no SUS, amplia o seu percurso formativo e potencializa o desenvolvimento de competências assistenciais, éticas e políticas necessárias para a afirmação da integralidade do cuidado. Para o trabalhador, uma vez que o exercício da preceptoria exige uma prática investigativa e reflexiva constante, mobilizada pela permanente interlocução com os alunos e docentes, tem-se a constituição de processos de Educação Permanente, da sua valorização como trabalhador, bem como a produção de alternativas de qualificação da atenção em saúde.

Para os usuários, os impactos positivos se evidenciam, uma vez que diferentes projetos são implementados por meio da atuação integrada dos alunos, preceptores e tutores, contemplando prioridades definidas nos próprios espaços de controle social. Quanto à gestão, esta experiência tem sido exitosa uma vez que instiga, cada vez mais, a reflexão sobre as decisões a serem tomadas, fazendo com que as mesmas possuam caráter democrático e participativo, por meio de espaços coletivos

de avaliação e proposição acerca das ações desenvolvidas no DDA.

A Universidade, mais próxima da gestão, passa a exercer um papel colaborativo e participativo, uma vez que a discussão acerca da realidade do território e das necessidades de saúde passa a compor a agenda do ensino e a da pesquisa, favorecendo que a Instituição busque, em conjunto com os demais atores envolvidos, alternativas para as situações apresentadas na rede de saúde. Ao mesmo tempo, com esse contato, consegue-se buscar a necessidade da produção de conhecimento socialmente referenciado, e, neste momento, compreende-se que há ganhos significativos para o corpo docente, pois este passa a desenvolver suas ações dentro da realidade social e a partir da necessidade de um conjunto mais amplo de atores sociais.

Os desafios ainda fazem parte do cotidiano acadêmico e assistencial, no que se refere à integração ensino-serviço-comunidade. No entanto, destaca-se que com o fortalecimento de mecanismos de cooperação entre a Universidade e os gestores municipais do SUS e controle social, um aprofundamento desta integração e o reconhecimento e a valorização dos diferentes saberes interprofissionais, oriundos da Universidade, dos trabalhadores dos serviços de saúde e da população usuária, instaura-se um caminho para uma construção fortalecida e múltipla na direção da Educação e Atenção em Saúde, comprometida com o fortalecimento e a defesa do SUS.

Referências:

BISCARDE, D.G.S.; PEREIRA, S.M.; SILVA, L.B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface** (Botucatu) [periódico na Internet]. 2014 [citado 2014 Set 12]; 18(48): 177-186. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100177&lng=pt>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 Set 1990.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu) [periódico na Internet]. 2005 Fev [citado 2014 jul 10]; 9(16): 161-168. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt>.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [periódico na Internet]. 2004 Jun [citado 2014 ago 03]; 14(1): 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt>.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** [periódico na Internet]. 2004a Out [citado 2014 ago 03]; 20(5): 1400-1410. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt>.

CLOSS, T.T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde**: Formação para a integralidade? 1ª Ed. Curitiba: Appris; 2013.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. Secretaria de Educação. **Diretrizes Curriculares – Cursos de Graduação**. [Internet], 1998 [citado Jul 20, 2014]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991>.

THIESEN, F.T.; CORBELLINI, V.L.; GUSTAVO, A. Os Programas Nacionais de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde, Pet-Saúde e Premus. In: CORBELLINI et al, organizadores. **Atenção Primária em Saúde**: Vivências Interdisciplinares na Formação Profissional – PUCRS. 1ª edição. Porto Alegre: AbenRS; 2011.

Figura 1 - Diferentes espaços de viabilização da gestão participativa da integração ensino-serviço-comunidade em saúde



Fonte- Sistematização das autoras.



FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

Integração ensino-serviço e o PET-Saúde: territorialização como ferramenta de aprendizagem interprofissional significativa

Marcos Aguiar Ribeiro

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Janaína De Pádua Carneiro Vasconcelos

André Luis Façanha Da Silva

Maria Aparecida Vilela Freitas Araújo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como um mecanismo de reorientação do modelo assistencial, que busca transcender a visão positivista do processo saúde-doença, baseando-se em um trabalho humanizado, dinâmico e integral de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com enfoque na família e na comunidade.

Dessa forma, as equipes de saúde da família são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área geográfica delimitada, mediante ações na unidade de saúde, nos domicílios e na própria comunidade que visem a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos. Com isso, o trabalho na ESF deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde se vai atuar, o que significa ir além dos muros das UBS (ALMEIDA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Nessa perspectiva, o território é o espaço da produção da vida, portanto, da saúde. Assim, o território pode ser definido como o espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído (SANTOS; PEKELMAN, 2008). A partir dessa ampla visão do território, verifica-se a relevância da territorialização para a análise da situação de saúde e para a constituição de projetos e propostas de intervenção no âmbito da ESF.

Nesse contexto, a territorialização é um dos elementos essenciais para implantação da ESF e tem o objetivo de aproximar os profissionais e trabalhadores da saúde da realidade em que atuarão, colaborando para o desenvolvimento de ações mais coerentes às necessidades do território. Dessa forma, a territorialização é o caminho para fazer o reconhecimento do território vivo com vistas à organização do processo de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma

delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Todavia, o processo de territorialização muitas vezes é limitado à adscrição dos usuários da área de abrangência da unidade de saúde e à descrição geográfica e epidemiológica da área de responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família, de forma, a restringir a potência da territorialização e a concepção de território.

Nesse sentido, concebe-se a territorialização como ferramenta essencial para o planejamento e operacionalização das ações de saúde. Assim, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) utiliza-se dessa ferramenta para a inserção dos estudantes no território da ESF, de forma que a territorialização constitui-se como atividade inicial de integração ensino-serviço.

O PET-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.8026, de 26 de agosto de 2008, como proposta do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde, e do Ministério da Educação. Este programa visa fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na ESF e em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um instrumento para a qualificação em serviço, bem como de iniciação ao trabalho de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde (BRASIL, 2008).

Dessa forma, o PET-Saúde tem como objetivo estimular a formação de estudantes, profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica. Além disso, instiga a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino,

pesquisa e extensão, a partir do desenvolvimento de atividades acadêmicas de natureza colaborativa e interprofissional que fomentem a articulação ensino-serviço (BRASIL, 2010).

A partir de então, objetiva-se compartilhar as experiências de territorialização realizadas pelo PET-Saúde no município de Sobral, Ceará, Brasil.

Percurso Metodológico

Trata-se de um relato de experiência de monitores e preceptores do PRÓ/PET-Saúde acerca do processo de territorialização. Os relatos de experiência são metodologias de observação sistemática da realidade, sem o objetivo de testar hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados dessa realidade e bases teóricas pertinentes (DYNIEWICZ, 2009).

O cenário da experiência foi o município de Sobral, interior do estado do Ceará, mais especificamente no território de abrangência de um Centro de Saúde da Família (CSF). O referido município conta atualmente com 56 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sete equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 31 CSF, localizados em áreas compreendidas como territórios, com cobertura assistencial de 78% da população, o que equivale a 214.206 pessoas acompanhadas.

No que se refere ao território do CSF na qual foi desenvolvida a experiência, este apresenta uma população de 12.900 habitantes, com quatro equipes de saúde da família, uma equipe do NASF e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Estas últimas, são compostas pelas categorias de Educação Física, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia.

Vale salientar ainda, que a experiência advém do grupo tutorial PRÓ/PET-Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que tem o objetivo de contribuir para a vigilância, prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e das Doenças Transmissíveis (DT), a partir da integração ensino-serviço.

Este grupo tutorial é composto por uma tutora (docente), 6 preceptores (profissionais da saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, sendo cinco da categoria de enfermagem e um da educação física), 12 monitores bolsistas (estudantes dos cursos de enfermagem e educação física).

Dessa forma, as atividades desse grupo tutorial aconteceram no período de 2012 à 2014 a partir de vivências multiprofissionais na comunidade, no serviço e na universidade sobre a orientação e acompanhamento pedagógico da preceptoria e tutoria com uma carga horária semanal mínima de oito horas para o desenvolvimento de atividades de extensão, ensino e pesquisa.

No que concerne à coleta de informações para a sistematização desta experiência, utilizou-se de diários de campo com relatos das observações, sentimentos e vivências.

Os diários de campo podem possibilitar a análise mais aprofundada das experiências vividas, de forma que a reflexão que se faz sobre o assunto é que define o quanto está sendo formadora a experiência (SOUZA et al., 2012). Assim, o diário constitui-se como um relato espontâneo das observações, sentimentos, impressões, dificuldades, possibilidades e potencialidades que os monitores e preceptores observam e registram durante as suas vivências no território (OLIVEIRA et al., 2013).

Ressalta-se ainda, que o estudo obteve parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual

Vale do Acaraú, sendo orientado a partir da Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Andanças e Vivências Interprofissionais pelo território

O processo de territorialização foi realizado pelos monitores e preceptores do PRÓ/PET-Saúde a partir da inserção no território de abrangência de um CSF de Sobral, Ceará. Dessa forma, a territorialização constituiu-se como primeira atividade do grupo tutorial no âmbito da ESF, uma vez que acredita-se que o reconhecimento do território é um passo básico para a organização e planejamento das atividades do PET-Saúde.

Frossard et al (2011) corrobora ao afirmar a relevância da territorialização na primeira fase do programa PET-Saúde, de forma que a sua realização colabora para o conhecimento e caracterização da comunidade, dos usuários e de seus problemas de saúde, o que contribui para avaliação do impacto dos serviços sobre a população, a identificação das realidades e das necessidades dos usuários e a construção de propostas coerentes de intervenção.

Para a realização da territorialização algumas estratégias foram pactuadas, tais como: Reunião com as equipes de saúde família; articulação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais do NASF e da RMSF para facilitar e acompanhar as andanças e vivências dos monitores e preceptores do PET-Saúde no território; articulação com instituições

locais, associações, antigos moradores e movimentos sociais e comunitários no bairro; e o levantamento de informações junto à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral.

Além disso, foram organizados três grupos para a realização da territorialização, cada grupo era composto por quatro monitores estudantes (dois do curso de enfermagem e dois da educação física), dois preceptores, dois ACS, e um profissional do NASF e/ou da RMSF (Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia).

Também foram construídos instrumentos norteadores para realização de visitas aos grupos comunitários, equipamentos sociais e outros espaços de cuidado organizados com a participação de profissionais da saúde. Esses instrumentos foram aplicados com usuários, lideranças e coordenadores dos espaços sociais acessados, e tinham como objetivo conhecer a dinâmica social e a história de participação no bairro.

A partir de então, iniciaram-se as andanças e vivências interprofissionais no território. Os locais acompanhados e observados foram: instituições e organizações da saúde, da educação, dos movimentos sociais e comunitários, artístico-culturais, das organizações sociais e da assistência social. Como também, foram realizadas visitas domiciliares a moradores antigos e lideranças comunitárias.

Nessa perspectiva, observa-se que a territorialização permitiu a aproximação dos monitores do PET-Saúde da realidade vivida pela comunidade e pelos profissionais de saúde/preceptores que atuam nesse território. Dessa forma, pôde-se reconhecer que a dinâmica social, política e cultural é fundamental para o trabalho na ESF.

Assim, as andanças possibilitaram o entendimento dos problemas de saúde e seus fatores de risco, principalmente aqueles constatados visualmente, como acúmulo de lixo, esgoto a céu aberto, casas de taipa, e áreas em com risco de alagamento. Com isso, pôde-se compreender a influência dos determinantes sociais da saúde no processo de saúde-doença, bem como a necessidade de intervenções intersetoriais e interdisciplinares.

No que concerne aos locais visitados e acompanhados, destaca-se a visita domiciliar realizada a uma moradora antiga do bairro. Dentre suas histórias de vida e de ocupação do bairro, salienta-se a sua participação na saúde como rezadeira. A mesma representa a importância do saber popular, de forma que seus conhecimentos quanto a utilização de plantas medicinais e toda sua subjetividade e espiritualidade são valorizados e reconhecidos pelos moradores e profissionais como parte integrante do processo de promoção da saúde.

Essa visita foi bastante significativa, uma vez que configurou-se como o primeiro contato dos monitores do PET-Saúde com uma prática popular. Verifica-se assim, a carência de discussões acerca da educação popular no âmbito da universidade, de forma que o saber e as evidências científicas mostraram-se, muitas vezes, como únicas possibilidades de promoção da saúde. Com isso, pondera-se a necessidade de aproximar os saberes populares da formação em saúde, colaborando assim, para a ampliação da concepção de saúde.

Nessa perspectiva, o SUS vem sinalizando o seu processo de mudança de forma plural em direção à universalização e a equidade da atenção à saúde, de forma a reconhecer a necessidade de ampliar as interações entre os diversos campos de saberes e, especialmente, com os saberes comunitários. Compreende-se também que, em um cenário multicultural de signifi-

cados e cheio de heterogeneidades, a procura de possibilidade de diálogo entre os saberes científicos, místicos e populares se justifica como tecnologia leve de cuidado em saúde, visto que contribui com a qualidade de vida dos grupos populacionais (LIMA; SÁ; KLÜPPEL, 2014).

Além disso, ressalta-se ainda a relevância das vivências interprofissionais no território, estas, configuraram-se como uma das experiências mais enriquecedoras do PET-Saúde, uma vez que foram compartilhados saberes e conhecimentos durante as andanças, de forma que cada categoria, representada por profissionais ou estudantes em formação, colaborava com a outra a partir do diálogo.

Verificou-se também a importância desses momentos de integração e construção de vínculo entre as diversas categorias para o reconhecimento do fazer do outro, de forma a suscitar as discussões e reflexões acerca das noções de campo e núcleo profissional, como também a necessidade do desenvolvimento de uma equipe colaborativa entre o PET-Saúde, NASF, RMSF e equipe de saúde da família.

Inferese ainda, que a dimensão interprofissional do trabalho em saúde constitui-se um desafio para a formação, uma vez que são poucos os espaços onde as diversas categorias profissionais podem pensar, sentir e agir coletivamente. Dessa forma, o PET-Saúde configura-se como uma iniciativa potente, uma vez que possibilitou a integração de estudantes de educação física e enfermagem com outras categorias profissionais a partir da preceptoria e da aproximação com profissionais do NASF e da RMSF.

Coelho (2013) contribui ao afirmar que a interação entre estudantes de diferentes cursos de graduação e profissionais das demais categorias é essencial para um processo de aprendiza-

gem e desenvolvimento de caráter interprofissional. Ou seja, é necessário compartilhar de um mesmo processo de aprendizagem com diálogo efetivo, durante um período de tempo, para que se possa desenvolver as competências necessárias para a prática colaborativa interprofissional.

Vale salientar, ainda, a participação em um grupo de reciclagem realizado com jovens no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No decorrer das atividades, o facilitador da oficina conversava sobre diversos assuntos, dentre eles o impacto do uso de drogas à saúde. A partir dessa vivência, o grupo tencionou o estreitamento de vínculos e a participação de outros setores na promoção da saúde.

Além disso, outras vivências contribuíram para essa concepção de intersectorialidade, tais como as visitas em associações de moradores, em escolas e em movimentos sociais. Com isso, identificou-se na prática que os setores como a educação e assistência social, por exemplo, constituem-se como potentes parceiros para a promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças.

Nesse contexto, a concepção de intersectorialidade questiona a predominância do setor saúde para resolver problemas de saúde e doença, considera-se então, a impossibilidade desse único setor de lidar e resolver esses problemas. Assim, exigem-se novas estratégias para seu enfrentamento que ultrapassem as atuações setoriais (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012).

Neste ínterim, as andanças e vivências interprofissionais no território configuraram-se como uma ferramenta pedagógica e prática para o PET-Saúde, uma vez que a sua realização instigou as discussões de conceito ampliado de saúde, determinação social da saúde, redes de atenção, intersectorialidade e

colaboração interprofissional. Além disso, propiciou a ampliação da concepção de território, enquanto um espaço dinâmico onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e cultura, e não somente uma delimitação geográfica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Considerações sobre o território

A partir das andanças e vivências no território e dos diálogos e pesquisas nos referidos espaços, foi realizado o levantamento de informações com os quais obtivemos as primeiras impressões.

Gondim et al. (2008) colaboram ao reafirmar a relevância da análise territorial como ferramenta de informação acerca das situações-problemas e necessidades em saúde da população de um território específico, indicando as inter-relações espaciais. Além disso, essa análise possibilita ainda a identificação das vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para intervenções.

Nesse contexto, foram encontradas algumas barreiras geográficas no que se refere ao acesso ao CSF. Verificou-se, por exemplo, a distância ao CSF como uma das maiores dificuldades de acesso dos moradores de uma certa localidade. Dessa forma, para chegar à unidade é necessário utilizar-se do serviço de moto taxi ou realizar o percurso a pé, este é dificultado pelas altas temperaturas e grande irradiação solar características do município, bem como da necessidade de travessia de uma avenida bastante movimentada e com trechos com históricos de violências e assaltos.

Essas barreiras refletem no serviço, uma vez que há a dificuldade em acompanhar os usuários dessa localidade no que concerne à atividades de rotina, tais como consulta e renova-

ção de receitas para pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes.

Nessa perspectiva, a existência de barreiras geográficas no processo de busca e utilização dos serviços gera oportunidades diferenciadas entre os grupos sociais na obtenção do cuidado em saúde, que muitas vezes caracterizam situações de injustiça social (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Um estudo de avaliação da acessibilidade realizada em um distrito sanitário de Salvador, Bahia, corrobora com a discussão ao evidenciar que as barreiras geográficas, principalmente ladeiras, estradas, escadarias, alagamentos e custo com transporte, se constituem em fatores limitantes para o acesso e a utilização de serviços em unidades de saúde da família (SILVA et al., 2010).

Infer-se assim, a relevância do ACS no acompanhamento desses usuários, como também a necessidade de que os outros profissionais extrapolem os espaços da unidade de saúde e possam superar as barreiras geográficas e chegar até esses usuários, seja através de visitas domiciliares, rodas de quarteirão e utilização de espaços comunitários para atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

No que se refere ao diagnóstico de saúde, pôde-se observar um quantitativo considerável de portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com destaque para a hipertensão e diabetes, e portadores de Doenças Transmissíveis, em especial Hanseníase e Tuberculose.

Pôde-se verificar também a presença de iniquidades sociais, tais como a falta de saneamento, aglomeração de lixo, presença de casa de taipa e ausência de espaços de lazer em áreas com baixos índices socioeconômicos. Esses determinantes sociais influenciam no processo de saúde e doença, bem

como no serviço de saúde, que tem aumentado a demanda de atenção decorrente a problemas de natureza social, econômica e política.

Todavia, também foram identificadas boas estratégias de práticas de cuidados em saúde em grupos comunitários. Destacam-se os grupos de práticas corporais (ginástica comunitária, caminhada orientada e capoterapia). Esses grupos acontecem sistematicamente e são coordenados por lideranças comunitárias e acompanhados por profissionais de saúde (NASF, RMSF e ACS).

Inferese ainda, a realização de grupos na unidade de saúde coordenados por profissionais do CSF, tais como: aconselhamento em planejamento familiar, com enfoque nos direitos reprodutivos e sexuais; grupo de educação em saúde com gestantes, cuja finalidade é acompanhar de forma coletiva os cuidados com a saúde da gestante através de trocas de experiências, atividades corporais e orientações; e grupos de pessoas que convivem com diabetes e hipertensão com a finalidade de ampliar os cuidados aos usuários na perspectiva de envolver a família no processo de saúde-doença e cuidados com realizações de ações educativas a partir de temáticas escolhidas pelo grupo, bem como avaliações clínicas sistemáticas.

Ademais, o conhecimento e participação nos grupos do território possibilitaram aos monitores e preceptores do PET-Saúde a compreensão de sua relevância para a promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que constitui-se como um importante instrumento para a melhoria da qualidade de vida dos membros dos grupos, pois oferecem na maioria das vezes a possibilidade de uma atenção multidisciplinar que instiga e potencializa o autocuidado.

Destaca-se, ainda, que a participação nos grupos propiciou a aproximação de metodologias dialógicas e participativas, como também de algumas técnicas e dinâmicas de trabalho com coletivos. Vale salientar o uso de círculos de cultura por uma enfermeira e uma psicóloga no grupo de planejamento familiar realizado com mulheres adolescentes que usam anticoncepcionais injetáveis e a utilização de jogos teatrais no grupo de gestantes.

Nesse sentido, verifica-se a diversidade e as possibilidades do território, bem como a relevância da territorialização como ponto de partida para a organização das práticas e intervenções de saúde. Assim, a territorialização representa-se como uma estratégia de aproximação do PET-Saúde do serviço e da comunidade, de forma a constituir-se como o primeiro momento de integração ensino-serviço.

Devolutiva das vivências: Oficina de Territorialização

Como o objetivo de realizar uma devolutiva das vivências e considerações, e desvelar o processo de territorialização, foi elaborada pelo grupo tutorial PRÓ/PET-Saúde uma oficina de territorialização, que se fundamentou na construção de um mapa participativo.

O mapeamento participativo utiliza como mediador a elaboração de mapas para identificar necessidades de saúde da comunidade, dessa forma, considera a determinação social da doença, a intersectorialidade, a percepção de coletivos e a dinamicidade do território para sua construção. Este mapeamento consiste num processo reflexivo e crítico, que incorpora as dimensões sociais, afetivas, simbólicas e culturais, como também as transformações territoriais e do modo de vida, ad-

vindas com a reestruturação produtiva e a questão ambiental (PESSOA et al., 2013).

Nessa perspectiva, elaborou-se uma oficina a partir de metodologias participativas, o que permitiu o compartilhamento de informações e conhecimentos acerca do território, bem como o desenvolvimento dos participantes e o surgimento de ideias inovadoras no grupo (WUO et al., 2010). Participaram da oficina os profissionais e trabalhadores da equipe de saúde da família, profissionais do NASF e da RMSF, e monitores e preceptores do PRÓ/PET-Saúde, estes foram os facilitadores do momento. A oficina aconteceu no auditório do CSF, no espaço de encontro e alinhamento semanal da unidade, que são as rodas de gestão.

A oficina foi realizada com os seguintes momentos: 1) Roda de Conversa acerca do território, com exposição fotos e vídeos; 2) Elaboração de mapas representativos da dinâmica social, ambiental, cultural e do trabalho no território, em subgrupos divididos por área de abrangência; 3) Apresentação dos mapas, problematização e propostas de intervenção, em plenária. 4) Avaliação do momento.

A realização da oficina e construção do mapa participativo constituíram-se como ferramentas de promoção de um espaço de compartilhamento e sistematização da territorialização realizada, de forma que colaborou para o conhecimento do território, seus desafios e possibilidades de intervenção. A partir de então, o coletivo construiu uma agenda estratégica para a realização de intervenções/atividades no território por parte da equipe de saúde com apoio do PRÓ/PET-Saúde, RMSF e NASF.

Dentre as atividades pactuadas na oficina, destacam-se: Educação em saúde na sala de espera da unidade e em uma

rádio comunitária; busca ativa de novos casos de Hanseníase e Tuberculose; criação de um grupo de convivência na unidade; realização do Dia da Mancha para busca ativa de casos de Hanseníase; mutirões para acompanhamento de hipertensos e diabéticos; e realização de ambulatório multiprofissional no momento de renovação de receitas de hipertensos e diabéticos.

Dessa forma, o mapa participativo constituiu-se como uma estratégia potente para o planejamento das intervenções da equipe de saúde da família, como também do PET-Saúde, uma vez que as atividades do grupo tutorial serão fundamentadas e coerentes com as realidades do território e as necessidades do serviço.

Ademais, a construção do mapa participativo possibilitou a sistematização das vivências da territorialização, sendo assim, capaz de proporcionar a análise situacional do bairro. Além disso, a oficina configurou-se como uma experiência pedagógica para os monitores e preceptores do PET-Saúde, uma vez que os integrantes do grupo tutorial puderam participar do processo de planejamento, execução e avaliação da oficina.

Considerações Finais

O processo de territorialização em saúde possibilita a imersão no território e o reconhecimento do mesmo enquanto um espaço vivo e dinâmico, repleto de afetos e conflitos e marcados por intensas relações sociais, econômicas, culturais e espirituais.

A partir de então, verifica-se a relevância da territorialização para o planejamento das atividades do PRÓ/PET-Saúde, haja vista que à medida que se conhece melhor o território pode-se organizar e desenvolver ações e intervenções mais

coerentes com as realidades locais. Nesse sentido, a territorialização constituiu-se como uma ferramenta fundamental para a inserção dos monitores estudantes nos campos de prática, de forma configurar-se como atividade inicial de integração ensino-serviço.

Infere-se também, a relevância das andanças e vivências interprofissionais no território, que colaboraram para a concepção de trabalho em equipes multiprofissionais. Vale salientar ainda, a participação da RMSF e do NAFS nas vivências no PRÓ/PET-Saúde, o que contribuiu para a aproximação e o reconhecimento do fazer profissional de outras categorias da saúde.

Além disso, destaca-se a importância da devolutiva das vivências propiciadas pela territorialização, a partir do desenvolvimento de oficinas e da construção de mapas participativos. Estas, configuram-se como estratégias pedagógicas para desvelamento do processo de territorialização, bem como para o planejamento e operacionalização de intervenções coerentes com as realidades vivenciadas, o que propiciou *in loco* a construção de uma agenda de atividades compartilhadas entre PRÓ/PET-Saúde, equipe de saúde da família, RMSF e NASF.

Neste íterim, as vivências no território propiciaram a ampliação da concepção de saúde, bem como o reconhecimento das intervenções dos determinantes sociais no processo de adoecimento e de promoção da saúde, como também promoveram as discussões e reflexões acerca da importância da intersetorialidade e da colaboração interprofissional.

Assim, o PRÓ/PET-Saúde constitui-se como um potente programa de indução e (re)significação da formação para o Sistema Único de Saúde, uma vez que possibilita a iniciação no trabalho a partir da integração ensino-serviço.

Referências

ALMEIDA, D. Territorialização em Saúde. **Rev Eletro AGB**. 2007; 1(6): 12-23.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas interseccionais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**. 2012; 22(4): 1333-1356.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. **Diário Oficial da União**, 27 ago 2008.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, 2010.

COELHO, L.C.A. **Educação interprofissional na formação superior em saúde**: Análise do Programa Educação pelo Trabalho (PET-Saúde/Saúde da Família) [dissertação]. Sobral (CE): Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará; 2013.

DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2a ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2009.

FROSSARD, W.T.G. et al. Odontologia no PET-Saúde: pesquisa e integração ensino, serviço e comunidade. **Revista da ABENO**: 2011; 11(1):51-4.

GONDIM, G.M.M. et al. **O território da saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

LIMA, M.R.A.; SÁ, L.D.; KLÜPPEL, B.L.P. Reza e Tecnologia leve no diálogo entre os saberes científicos e populares. **Cadernos de Pesquisa em Ciências da Religião**: 2014; 1(23): 93-112.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília, DF: DAB; 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª ed. Brasília, DF: DAB; 2008

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005; 21(3): 898-906.

OLIVEIRA, F.G.V.C. et al. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Interface** (Botucatu): 2013; 17(44): 201-9.

PESSOA, V.M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013 ; 18(8): 2253-2262.

SANTOS, A.A.S.; PEKELMAN, R. A Escola, o Território e o Lugar - A promoção de espaços de saúde. **OKARA**: Geografia em debate. 2008; 1(2): 3-11.

SILVA, E.S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 2010; 10(1):49-60.

SOUZA, A.P.G. et al. A escrita de diários na formação docente. **Educação em Revista**. 2012; 28(1): 181-210.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

WUO, A.S. et al. 'Viver é conviver': sobre a construção de saberes e experiências entre crianças com diabetes. **Revista Diálogos**: construção conceitual de extensão e outras reflexões significativas. 2010; 14(1): 63- 72.



FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

PET Saúde Mental Centro- Morros: contrastes e encaixes na experiência de formação compartilhada

Fernando Sfair Kinker

Carla Bertuol

Neuza Aparecida Nascimento Gonzaga

Tahamy Louise Duarte Pereira

Natasha Brunhara Contrera

Nathalia Nakano Telles

Luana Espírito Santo Souza

Eduardo Paulon Fontes

Cynthia Aparecida Rodrigues Mondin

Mariana Carneiro Santos

Andrea Monks Queiroz

Gabriela Amaro Cagliari

Rui Teixeira Lima Junior.

A proposta deste texto é relatar a experiência do Programa de Educação para o Trabalho (PET) SAÚDE MENTAL da UNIFESP- Baixada Santista na região Centro-Morros de Santos-SP e refletir sobre os mecanismos de ‘aprendizagem ao vivo’ proporcionados pelo cotidiano de trabalho de seus integrantes.

O PET, instituído em 2012 como parte do PRÓ-SAÚDE, visa aprofundar a interação da universidade com a rede de atenção do SUS e contribuir para o aprimoramento do Projeto Político Pedagógico do Instituto Saúde e Sociedade da UNIFESP – *campus* Baixada Santista.

O Instituto Saúde e Sociedade, implantado em 2006 a partir do REUNI, é composto por seis cursos (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional) e seu Projeto Político Pedagógico, que reflete a crítica às práticas flexnerianas (SILVA, 1998) de formação em saúde, enfatiza a perspectiva interdisciplinar e modular composta por eixos comuns e específicos (UNIFESP CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2006). Os alunos dos seis cursos compartilham experiências de estudo e práticas desde o primeiro ano. Ressalta-se a experiência do eixo Trabalho em Saúde em que grupos mistos de alunos se aproximam gradualmente dos territórios dos serviços de saúde e das demais políticas sociais. Nestas práticas são valorizados diferentes aspectos da experiência dos estudantes: o conhecimento e o contato com a realidade de vida dos usuários dos serviços e com os próprios serviços; a discussão sobre o processo saúde-doença; a construção de práticas clínicas comuns, como a produção de narrativas de história de vida construídas em encontros nas residências dos usuários; a realização de ações grupais nos serviços; a discussão sobre a construção do SUS e o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares em miniequipes junto aos usuários da rede de atenção à saúde (CAPOZZOLO, 2013).

Santos possui uma rede ampla de serviços, instituída a partir de 1989, que se constituiu como importante laboratório de implantação de uma política de saúde regionalizada, cobrindo todo o seu território e abarcando necessidades e demandas distintas, antes mesmo da formalização dos mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das propostas que fizeram frente ao grave problema da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis, na perspectiva da redução de danos e do apoio psicossocial, Santos também ficou conhecida pela implantação de sua política de saúde mental de base territorial e comunitária, construída a partir do processo de intervenção e de desconstrução do Hospital Psiquiátrico da região. Essa experiência potente e inovadora foi responsável por uma das primeiras experiências brasileiras de implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com o objetivo de construir projetos de vida junto às pessoas com sofrimento psíquico grave, em seus territórios existenciais, mediando relações, lidando com contradições que geravam a necessidade do controle e da segregação, construindo condições concretas de eliminação do hospital psiquiátrico (KINHOSHITA, 1996).

Contudo, os NAPS de Santos passaram por processos de fragilização quanto ao incremento e manutenção do quadro de profissionais, à manutenção da infraestrutura dos serviços, e à falta de mecanismos de formação permanente, de reflexão sobre o trabalho, de construção de novas iniciativas, processos que são fundamentais para projetos inovadores, que nunca estão prontos e sempre encontram novos desafios.

Nesse processo de fragilização de toda a rede, que durou anos, iniciativas políticas e mudanças de rumo influenciaram o contexto dos serviços. Uma dessas iniciativas foi a de centrar nos NAPS todos os atendimentos médico-psiquiátricos da

cidade. Tal iniciativa, num contexto social de hipermedicalização e patologização do sofrimento e das vivências cotidianas, fez com que o processo de trabalho dos NAPS girasse em torno a demandas de consumo por medicamentos e consultas médicas. As equipes não estavam satisfatoriamente preparadas - em quantidade de pessoas e estrutura física dos serviços - para darem respostas que desconstruíssem o processo simplificador de medicalização, presentes nas estruturas ambulatoriais. Reféns desta demanda por respostas simples, as equipes foram limitando suas formas de apoio e presença no cotidiano de vida dos usuários com sofrimento psíquico grave, já que não mais possuíam o tempo e a disposição para adentrarem os territórios junto aos usuários, mediar relações, agenciar novos recursos territoriais, construir projetos terapêuticos que enriquecessem a vida.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) / Programa de Saúde da Família (PSF) mantiveram-se distantes de questões envolvidas no tema da saúde mental. Afastaram-se de vivências de sofrimento que exigiam escuta apropriada e envolvimento na realidade de vida dos usuários. A vivência de sofrimento dos usuários mantinha-se separada e em fragmentos: a mesma pessoa acompanhada pela UBS para diabetes e hipertensão, por exemplo, teria que buscar o NAPS para tentar compartilhar a angústia relacionada a seu contexto de vida (e que alimentava e contribuía com essas doenças), recebendo como resposta apenas uma receita de psicofármacos.

Em 2012, a gestão municipal buscou formas de compartilhamento e apoio matricial entre NAPS e as UBS/USF, visando modificar a realidade do atendimento dos NAPS. As primeiras tratativas entre UNIFESP e Secretaria Municipal de Saúde de Santos, ocorridas nesta época e neste contexto, foram no sentido de delimitar qual seria o foco de ação do PET

SAÚDE MENTAL. Definiu-se então que o PET se dedicaria a fortalecer o matriciamento entre NAPS e Atenção Básica.

A estratégia do matriciamento foi concebida para construir uma nova relação entre os campos e os núcleos profissionais, e entre os diversos serviços de saúde, redefinindo o lugar dos especialistas, a relação básico-específico, simples-complexo, e as estratégias do encaminhamento não implicado e não responsável (CAMPOS, 1999).

Contudo, há muitas formas de se compreender e empreender estratégias de matriciamento, e as estratégias adotadas pela gestão municipal não conseguiam superar a lógica do encaminhamento. Estavam focadas na elaboração de critérios para encaminhamento dos NAPS às UBS, considerando o diagnóstico e a quantidade e tipos de medicamentos utilizados pelos usuários (transtornos mentais leves e moderados, ou transtornos mentais comuns), na identificação dos usuários elegíveis para tal, e em breves processos de capacitação dos médicos da UBS, desenvolvidos por psiquiatras.

Ficava evidente a dificuldade de ir além do encaminhamento e da medicalização. Além de poucos médicos da Atenção Básica se disporem a atender aqueles que antes eram atendidos nos NAPS, a estratégia continuou focada essencialmente no atendimento médico, tornando-se, na prática, uma proposta de transferência de prescritores, sem responsabilização e acompanhamento conjunto, nem processo permanente e constante de capacitação. Não foi possível criar um ambiente propício para o desenvolvimento de ações conjuntas voltadas para o cotidiano de vida dos usuários em seus territórios de existência, multiplicando atores e recursos. E este era o contexto ao qual o PET teria que se integrar, com o desafio de produzir experiências que fossem enriquecedoras para a formação dos alunos, mesmo em condições adversas.

A constituição do PET e suas diferentes fases

Compõem o PET 12 alunos dos seis cursos do campus, seis preceptores, dois docentes; os NAPS Centro e Vila Belmiro, o Centro de Valorização da Criança e três UBS (UBS Martins Fontes, USF Monte Serrat, e UBS Jabaquara).

A escolha por uma unidade que atendesse a população infantil se deu com o objetivo de desenvolver pesquisa para identificar o território e elementos que compõem a atenção psicossocial a esta faixa etária, visando produzir referências para a reformulação da política de atenção psicossocial à infância.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) definiu os preceptores, utilizando como um dos critérios a participação pregressa na preceptoria da residência multiprofissional já então desenvolvida em parceria com a UNIFESP. Buscava-se retribuir àqueles profissionais que, sem nenhuma remuneração, se propuseram a apoiar o programa de residência. Assim, além dos três profissionais de saúde mental (dois dos NAPS e um do SVC), compuseram o grupo profissionais vinculados a uma Seção da SMS que tinha como função apoiar as várias Unidades Básicas de Saúde, sem, no entanto, trabalharem diariamente no local.

Nem todos tinham experiência anterior na área de saúde mental, o que tornou fundamental a articulação e o trabalho conjunto com os preceptores oriundos das unidades de saúde mental. Esta característica do grupo modulou o processo de trabalho, reforçando a ênfase do matriciamento no trabalho conjunto, na mútua potencialização dos profissionais para a construção de práticas e saberes e na mobilização de seus repertórios.

As ações do grupo PET junto aos usuários refletem a complexa articulação entre a formação de estudantes e preceptores

e a gestão, em seus diferentes níveis, e a aproximação ao olhar da saúde mental no território.

Primeiro movimento: caracterizou-se pela tentativa de seguir a estratégia de matriciamento da SMS. Buscava-se fortalecer os mecanismos de mediação entre as unidades sem interferir na lógica da identificação e do encaminhamento dos casos. A cada subgrupo do PET (composto por um NAPS e uma ou duas UBS, além do SVC) coube a tarefa de dar continuidade à identificação dos casos para encaminhamento às UBS/USF. Como estratégia para desenvolver a pesquisa sobre o território infanto-juvenil, foram definidos três usuários/famíliares matriculados no SVC (pertencentes a cada um dos três territórios atendidos pelas três UBS/USF). Todos os três casos eram complexos e apresentavam desafios importantes para a equipe do SVC em novas abordagens, envolvendo as equipes dos equipamentos, PET e recursos do território.

A equipe optou por se reunir semanalmente na universidade, para avaliar e processar o trabalho desenvolvido nos territórios. Essas reuniões contribuíram para constituir o grupo como uma equipe. Este não foi um processo sem tensões internas: os alunos solicitavam reuniões de supervisão entre eles e os docentes, sem a participação dos preceptores, pois não se sentiam à vontade para expressar sua vivência na presença dos mesmos. Foram então realizadas reuniões de trabalho com todos os participantes, intercaladas com reuniões de supervisão com os alunos, o que trouxe o desafio de não cair na armadilha de fazer um juízo crítico da experiência sem a presença de parte importante dos atores envolvidos. Aos poucos, a demanda dos alunos por reuniões específicas de supervisão foi enfraquecendo, dando lugar às reuniões em equipe, com o exercício do protagonismo através da corresponsabilização e da criação coletiva.

Este foi um momento de aprendizagem e de amadurecimento importante para alunos, preceptores e docentes, que não puderam deixar de perceber que todos têm o que ensinar e o que aprender. Quanto à estratégia de matriciamento, não demorou muito para perceber que os obstáculos para a chegada de usuários dos NAPS à Atenção Básica eram imensos, e que as estratégias adotadas necessitariam ser revistas, pois nem os encaminhadores estavam suficientemente apropriados do processo, nem as portas das UBS estavam abertas para recebê-los. Isso fazia com que os usuários ficassem perdidos no caminho, recorrendo aos NAPS tão logo necessitassem de medicação.

Segundo movimento: caracterizou-se pela necessidade de intensificar o trabalho junto às equipes das UBS, visando qualificar o acompanhamento, e não se submeter ao fracasso da lógica do encaminhamento. A equipe passou a procurar usuários que haviam sido encaminhados pelos NAPS, viabilizando formas de inserção dos mesmos nas UBS, o que exigia uma intensa negociação com os profissionais de todas as unidades, e não só com os médicos. Assim, iniciou-se o acompanhamento de alguns usuários encaminhados com visitas domiciliares e a construção de projetos focados na ampliação de suas experiências sociais (agenciamento de outros recursos da comunidade).

Buscamos também articular as ações desenvolvidas por outras iniciativas de formação da UNIFESP nas unidades, como as ações do eixo Trabalho em Saúde, estágios e, em uma das unidades, a residência multiprofissional. Essa articulação com os residentes foi muito importante: como estavam diariamente nas unidades, tinham maior legitimidade para ali negociar o envolvimento de outros profissionais no acompanhamento dos usuários. Foram intensificadas as reuniões entre as UBS e o SVC para formulação de projetos de acompanhamento das crianças.

Na mudança de governo, com as eleições, houve uma série de reuniões com a gestão da SMS para conhecimento e avaliação do trabalho do PET. Essas reuniões começavam a apontar possíveis estratégias para a implantação da política de matriciamento, considerando a experiência de alunos e preceptores. Mas, infelizmente, outras demandas tomaram a atenção da gestão, que se afastou aos poucos, sem cumprir a agenda de reuniões estabelecida.

Terceiro movimento: Neste momento, que corresponde aos meses anteriores à elaboração deste texto, temos ampliado e intensificado as situações acompanhadas: dos casos que têm maior poder de contratualidade (vulnerabilidade com dependência de fármacos), partiu-se também para o acompanhamento dos casos graves vinculados ao NAPS, que estavam em situação de isolamento social e contato frágil com a unidade. Esse acompanhamento tem se dado diretamente no território, a partir das UBS (os preceptores e alunos dos NAPS passaram a atuar principalmente junto aos serviços da Atenção Básica, no território). Algumas unidades da AB começam a demandar apoio em outros casos que vão sendo descobertos no território, inclusive casos de uma complexidade importante, como alta vulnerabilidade social e sofrimento psíquico grave. A partir dessas situações, observa-se aumento do envolvimento dos profissionais das unidades, embora isso dependa muito da composição da equipe. Porém, a redefinição da política de matriciamento não avançou: não há clareza de quais estratégias serão valorizadas. Intensificou-se também o acompanhamento conjunto às crianças, o que não se deu sem tensões por parte dos atores envolvidos.

Uma experiência de cuidado

A seguir, relatamos um atendimento realizado pela equipe PET com o objetivo de ilustrar os diferentes desafios trazidos pelo deslocamento da atenção em saúde mental para o território e, ao final, destacamos reflexões sobre o processo da equipe e as demandas de formação identificadas/intensificadas durante os quatro meses de duração do atendimento.

Desafio 1 – Acolhimento e criação de vínculo

Fabio, 28 anos, e sua mãe Laura, 53 anos chegaram ao PET por solicitação da UBS: Laura chegou à UBS sozinha solicitando medicação para a garganta do filho. Orientada a trazê-lo, retornou com ele amarrado com faixas nas mãos e pés. Frente à constatação do médico da não necessidade de medicação, Laura mostrou-se muito brava e agressiva na unidade. Após contato da UBS com o NAPS solicitando ajuda, o NAPS orientou que fossem encaminhados para a unidade, o que só veio a acontecer dias depois com a ajuda do carro da Equipe de Rua. Fabio mostrava-se calmo, sem faixas, respondendo com vocabulário restrito, pobre, e a mãe interferindo muito, sempre alegando saber do que o filho precisava. Ela relatou que Fabio fazia tratamento da cabeça desde os 14 anos, pois, às vezes, se tornava agressivo. Relatou, ainda, que após desentendimentos com o marido vendeu tudo o que possuía em Palmares, Pernambuco, e veio com o filho para casa do irmão, onde estavam há dois meses.

Percebemos Laura muito resistente a qualquer abordagem; o filho, submisso e dependente dela. Foi prescrita e fornecida medicação psiquiátrica para Fabio e propostas visitas domiciliares com a participação de alunos e preceptores do PET, com o intuito de uma aproximação maior com eles.

Desafio 2 – Conhecer e participar da vida no cotidiano

Foram realizadas visitas quinzenais durante quatro meses, nas quais percebemos a resistência de Laura em aceitar qualquer orientação com a qual não concordasse. A ajuda e confiança da família foram essenciais para que o acompanhamento acontecesse: o irmão e a cunhada informavam à equipe o que ia ocorrendo com eles. Logo nos primeiros encontros, constatamos que Laura estava medicando Fabio com a medicação que trouxera de sua cidade e que não quis dar a que havia sido prescrita pelo NAPS, inclusive aumentando a dose quando achava necessário. Esta postura de Laura causava muito incômodo e irritação em alguns componentes do grupo, gerando discussões após as visitas e algumas decisões sobre as condutas futuras, como, por exemplo, dividirmos a atenção entre mãe e filho durante as visitas.

Nas visitas, procuramos estabelecer vínculo com ambos e percebemos uma ligação muito forte entre eles, na qual ele se submetia a tudo que ela decidia; pôde-se perceber a dinâmica de relacionamento oscilando entre cuidados exagerados e omissões. Para que ele conversasse conosco foi preciso distanciá-los, uma vez que Laura não o deixava falar quando estavam juntos; no entanto, esse distanciamento não deveria deixar a mãe fora do campo de visão do filho, pois este reagia negativamente, mudando de lugar, buscando ver novamente a mãe. Longe de Laura, Fabio mostrava-se comunicativo, respondendo às questões e esboçava contentamento quando falava da sua cidade natal e irmãs. Laura sempre se mostrava receptiva às nossas visitas, porém resistente às nossas colocações.

Desafio 3 – Armar a rede

Fabio apresentou alguns episódios de agressividade com a mãe e vizinhos e foi levado ao pronto-socorro pelo SAMU e polícia e, medicado, retornou à casa. Nas últimas visitas presenciávamos Fabio solicitando comida, referindo fome - ele estava emagrecido, enquanto sua mãe ganhara peso.

A cunhada de Laura nos informou que ela não vinha dando alimentação para o filho e comia escondida, referindo que o fazia para que ele não a visse comer. Quando questionada sobre a alimentação de Fabio, Laura referia que “ele não pode comer muito”. Neste momento, a equipe aventou a possibilidade das agitações e situações de crise de Fabio serem devidas à fome.

Esta situação mobilizou alunos e preceptores gerando muitas angústias e inúmeros debates tanto na miniequipe do PET, que atuava mais de perto com a família, quanto no NAPS, na UBS e nas reuniões de grupo semanais com todos os envolvidos no projeto PET. Nessas reuniões, foram levantadas algumas propostas de ação, como reavaliação da medicação no NAPS, o que fazer frente à resistência de Laura ao tratamento do filho, assim como o levantamento do benefício ao qual Fabio teria direito junto ao INSS. Porém, Laura recusou-as.

Desafio 4- Sustentar as relações e o sofrimento.

Gradualmente, Laura começou a mudar de comportamento: perdeu-se na cidade, seu discurso foi se tornando mais confuso, continuou mantendo Fabio com as faixas, e segundo relato da cunhada, não deixando ninguém alimentá-lo. As preocupações da equipe com mãe e filho começaram a aumentar: quem mais precisava de atenção era a mãe e não o filho - como se pensava inicialmente - a mãe colocava o filho em risco em

diversas situações, mantendo-o sem sair do quarto o dia inteiro sem comida, em condições insalubres e sem acesso ao banheiro.

Diante da dificuldade de diálogo com Laura sobre o estado do filho, solicitamos um encontro de familiares na UBS. Compareceram o irmão com o qual Laura mora, preceptoras do NAPS e UBS e profissionais da UBS. Na ocasião, o irmão reforçou sua impotência em lidar com sua irmã e sobrinho e solicitou nossa ajuda nos outorgando toda a responsabilidade sobre a conduta a ser tomada.

Após alguns episódios de agressividade de Fabio para com vizinhos, seu emagrecimento visível, a recusa de Laura em nos receber e a impotência de seu irmão para interceder na situação, percebeu-se que algo deveria ser feito para preservar a integridade de mãe e filho, uma vez que já havia sido feita uma tentativa de levá-los ao PSC, de onde mãe e filho haviam fugido.

Levantamos muitas hipóteses sobre como acolhe-los da melhor forma. No entanto, pela impossibilidade da equipe estar presente diariamente no território, pela fragilidade da rede de apoio social e devido à gravidade do caso, optou-se por propor um plano de hospitalidade integral para mãe e filho no NAPS, que funciona 24 horas. Combinamos entre os membros do grupo que haveria uma conversa para que Laura entendesse o porquê da proposta e como ela e o filho se beneficiariam com o que estávamos oferecendo. No entanto, no dia anterior a essa conversa, soubemos que Fabio havia tido outro episódio agressivo, havia batido em três vizinhas (uma criança e uma idosa); diante disso e da recusa de Laura na primeira tentativa de conversa, nos decidimos pela opção de acolhe-los em hospitalidade integral.

Desafio 5- Mobilizar afetos, atores e articular as ações.

Para facilitar o processo, o NAPS articulou com a própria equipe a chegada de Laura à unidade e o atendimento clínico de Fabio com a equipe do Pronto Socorro Central (PSC). Esta decisão não foi fácil, mesmo na microequipe havia discordância em relação à conduta: dois bolsistas posicionaram-se contrários à proposta, pois acreditavam ser necessário seguir pensando outras soluções. Devido à crescente insegurança em relação à integridade física de Fabio, decidiu-se que não seria possível esperar mais. A proposta era levar Laura e Fabio para o NAPS, onde a mãe seria avaliada, medicada, se necessário, e acolhida para que pudéssemos acompanhar Fabio ao Pronto-Socorro, para avaliação clínica.

Nossa ação ocorreu de maneira mais tranquila que o esperado. Alguns técnicos do NAPS estiveram presentes na casa para iniciar o acolhimento de Laura. No NAPS, Laura mostrou-se agitada, delirante, foi medicada e avisada que permaneceria em hospitalidade integral e que levaríamos Fábio ao PSC para avaliação e que sua irmã nos acompanharia.

Já havíamos feito contato com PSC que nos aguardava. Fábio fez exames que não apresentaram nenhuma alteração, apenas deficiência de vitamina D. Após administração de medicação, foi liberado no final do dia e levado para casa de seu tio, com o qual moravam, com orientação quanto aos cuidados: introdução da medicação prescrita anteriormente no NAPS e reforço na alimentação.

Desafio 6 - Trabalhar com projeto na situação de crise.

Laura permaneceu no NAPS em hospitalidade integral por 27 dias. No primeiro dia, permaneceu mais tempo no leito, porém já no dia seguinte se mostrava tranquila, aceitando

medicação e cuidados, parecendo ambientada com o serviço, inclusive perguntando se não estava na hora da medicação. Sempre perguntava pelo filho que foi várias vezes passar o dia todo com ela e esta permitia que ele se alimentasse. Buscava sair da unidade algumas vezes, mas retornava prontamente.

Após uma semana apresentava-se mais organizada, com discurso mais claro, chegando a relatar que tomara a mesma medicação no Nordeste, mas sempre dizendo que era “só quando precisava”. Aos poucos foi interagindo com a equipe e demais usuários que fazem hospitalidade diurna, participando dos grupos, demonstrando interesse.

Os tios, irmão e irmã de Laura, relataram que durante este período cuidaram de Fábio, que se mostrou tranquilo, alimentou-se bem e frequentou a casa dos dois. Nas visitas domiciliares percebemos que ele havia cativado tanto os tios como os vizinhos. O tio começou a solicitar que Fábio realizasse sozinho alguns cuidados pessoais e este respondeu prontamente, mostrando a necessidade de ser estimulado.

Nos atendimentos individuais, Laura passou a relatar mais organizadamente sua história de vida e a vontade de permanecer em Santos. A equipe começou a trabalhar com ela a possibilidade do benefício para o filho e a continuidade do tratamento. Porém o irmão decidiu que não havia mais condições de manter a irmã morando com ele, alegando não ter tempo, dinheiro e nem autoridade para garanti-los em Santos e no tratamento, além de sua esposa ter dado à luz poucos dias antes da internação de Laura. Informou que um primo deles acompanharia mãe e filho de volta a sua cidade natal. Laura expressou sua vontade de ficar, mas aceitou bem, pois sabia que não haveria como ficar, e Fábio ficou contente, pois sempre relatava saudades de casa, dos vizinhos e da cidade.

Fornecemos relatórios de Laura e de Francisco para que fossem entregues a unidade de saúde mental de sua cidade, uma vez que não tivemos sucesso nos vários contatos que tentamos com unidades de saúde de lá.

Dois dias antes da viagem deles fizemos uma visita domiciliar para ver como estavam e nos despedirmos. O aspecto do quarto era melhor que das outras vezes, Laura mostrou-se receptiva, e seu discurso estava mais claro e organizado. Percebemos uma melhora em relação ao seu estado anterior ao tratamento. Ela falou dos pontos positivos de sua estada no NAPS e das relações que manteve com outros usuários. Reforçamos a importância da continuidade do tratamento, e como ela comentou que gostou dos grupos que participou e da festa ocorrida no dia anterior à sua saída, foi incentivada a procurar os serviços de sua cidade. Passamos dados telefônicos do NAPS e e-mail, para contatos dela e dos profissionais, para alguma dúvida quanto ao acompanhamento feito aqui.

Questões para a formação em saúde mental no SUS

O caminho percorrido no caso escolhido contrasta com os procedimentos iniciais do matriciamento que podiam fazer crer a alunos e preceptores, tal como vemos sendo difundido pela mídia, que a atenção em saúde mental pode ser reduzida à medicação e que o sofrimento psíquico deve ser trancado ou contido. Ao contrário, trabalhou-se para afirmar a sua condição de existência-sofrimento no corpo social (ROTELLI, 1990).

A situação vivida pela família colocou situações-limite que mobilizaram alunos e preceptores e teve a intensidade de provocar reflexão sobre o agir profissional e o olhar crítico sobre sua própria conduta, especialmente na decisão de fazer a hospitalidade integral no NAPS. Ao internar estamos traba-

lhando com o que Kinoshita chamou de direito ao asilo: “A noção de internação muda de sentido, passando a figurar como ação tática para o tratamento e não o tratamento em si” (1996).

O acolhimento em hospitalidade integral no NAPS não foi apenas uma ruptura com a situação complicada de abandono e isolamento, foi uma ação positiva de acolhimento para construção de outras condições de vida. Portanto, assume não um caráter repressivo, mas um ato de responsabilização e de apoio efetivo à família, num processo contínuo de acompanhamento e construção conjunto de projetos de vida (DELL’ACQUA, 2005). O foco do trabalho foi a produção do vínculo, a ação no território, por meio de mediações envolvendo todos os atores que faziam parte desta cena. O processo do cuidar, desta forma, se deu na realidade concreta de vida dos usuários, em meio a suas relações, contradições e possibilidades.

Para concluir, enfatizamos a importância do trabalho conjunto dos profissionais especializados do NAPS junto aos preceptores da Atenção Básica e aos demais componentes das equipes das UBS, contrastando com o encaminhamento de casos diagnosticados tal como descrito no movimento inicial do nosso grupo. O empoderamento foi consequência do trabalho conjunto e da ampliação do número de atores envolvidos com as questões da saúde mental. Como parte disso, houve o envolvimento dos profissionais das unidades e, na formação conjunta do PET, o questionamento dos processos de trabalho que dificultam este tipo de intervenção: trabalho individual e focado no sintoma, distanciamento da realidade de vida dos usuários, medicalização, falta de reuniões de equipe nas UBS.

Mas, para além desses questionamentos, houve iniciativas para a ampliação da rede de apoio à autonomia dos usuários, para que estas não fossem redes de contenção da vida.

A aproximação da realidade dos serviços com a formação dos alunos, em mútua afetação, foi o principal ganho do PET, que pôde assim contribuir para a formação de futuros profissionais afinados e preparados para os desafios do SUS.

A experimentação por parte dos estudantes de situações desafiadoras e inusitadas, com o apoio adequado dos preceptores e das unidades, foi fundamental para o exercício da responsabilidade com criatividade, sem limitar-se a protocolos e repertórios rígidos, que na maioria das vezes são surdos às reais necessidades dos usuários. Outro ponto importante foi a experimentação de situações reais de trabalho em equipe; os alunos protagonizaram os projetos de intervenção junto aos outros atores, sendo corresponsáveis pelo projeto, e não meros expectadores submetidos ao saber e poder dos preceptores e tutores; os alunos e os demais participantes enfrentaram situações de acompanhamento das pessoas que exigiram mediações entre unidades e outros recursos territoriais; as reuniões de equipe do PET possibilitaram o debate reflexivo sobre as experiências, além de serem momentos de planejamento, avaliação e formação.

Temos ainda que considerar a realidade precária dos serviços e os desafios não param por aqui: algumas unidades tiveram maior dificuldade para desenvolver projetos de intervenção a partir dos PETs; alguns NAPS e unidades da AB tiveram maior dificuldade de ampliar os atores envolvidos nas propostas de intervenção. Houve uma inconstância da articulação com a gestão da SMS.

Ainda é uma incógnita o que se pode considerar como um legado do PET. Não é certo que a experiência possa ser agregada por novos processos, que avancem e deem continuidade ao que foi construído até aqui. Sempre há a possibilidade de

contaminação de outros atores que se envolveram nos processos, mas o envolvimento da gestão é algo fundamental para a sustentabilidade das políticas, e ainda é incerto como será este desfecho.

A articulação com a gestão tem sido matéria de muitas discussões e ações propostas pela universidade, pelos grupos PET e pela coordenação do PRO-SAÚDE, e certamente será um dos principais temas de trabalho para os próximos meses do PET. O que sabemos certamente é que todo o processo tem sido de muitos aprendizados para estudantes, preceptores e tutores, sempre em formação.

Referências:

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**; 1999; v. 4, n. 2, p. 393- 404.

CAPOZZOLO, A.C.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (Orgs.) **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau; 2005. v.2, p.161-94.

KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: BRAGA CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C.M.P. (Orgs.) **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta; 1996. p.39-49.

ROTELLI, F. Instituição inventada. In: NICÁCIO, M.F.S. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p.89-100.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1998.

UNIFESP CAMPUS BAIXADA SANTISTA. **Projeto político pedagógico do instituto saúde e sociedade**. [Internet]. São Paulo; 2006. [Citado em 26 de agosto de 2014] Disponível em: http://www.baixadasantista.unifesp.br/projetopedagogico_baixada.pdf



**FORMAÇÃO E
CAMPO DE PRÁTICAS**

**Controle Social na Atenção
Primária: Experiência da
Criação de um Conselho Local
de Saúde**

Tânia Rodrigues Furtado

Tássio Breno de Sousa Lopes Lavôr

Luiz Euripedes Almondes Santana Lemos

Camila Oliveira Vieira

No final dos anos 1980, período em que se configurava a transição democrática em nosso país, o movimento da Reforma Sanitária propunha uma nova forma de organização do sistema de saúde, que culminou no texto Constitucional, inscrevendo um dos capítulos mais significativos da legislação brasileira, no sentido de uma política pública de inclusão social, concebendo o Sistema Único de Saúde – SUS. O conceito de controle social ganhou importância no Brasil a partir desse processo de democratização e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988. Naquele momento, a participação popular foi concebida na perspectiva de controle social exercido por segmentos da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de este atender aos interesses da maioria da população. Introduziram-se neste cenário os Conselhos de Saúde, órgãos permanentes, deliberativos e normativos do SUS, que têm por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde nos âmbitos local, municipal, estadual e nacional (ALENCAR, 2012).

Com o SUS, a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva esta assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade” (BRASIL, 2003). Em 1990, foi sancionada a Lei nº 8.142/90, que prevê a formação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e a realização periódica de conferências nesses três níveis³. Esta conquista democrática está à altura de um grande objetivo, que é assegurar a construção de um modelo assistencial intersetorial baseado na cidadania, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal e equitativo da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo a todos os níveis da atenção integral à saúde. Os Conselhos de Saúde

constituem-se na regulamentação da diretriz constitucional da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, tornando-se, portanto, a instância deliberativa e fiscalizadora do SUS em cada esfera de governo. Os (as) conselheiros (as) de saúde exercem atividades de relevância pública, a serviço do SUS e pela garantia dos princípios constitucionais e legais (SANTOS; MARTINS, 2012).

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem caráter permanente e deliberativo e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (art. 1o, §2o, da Lei no 8.142/90) (BRASIL, 1990b; COTTA et al., 2010).

Os Conselhos Locais de Saúde são vinculados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e estão presentes nos locais em que há Unidades Básicas de Saúde em um município. Nessa linha de pensamento, infere-se a necessidade de criação de CLS como órgãos de controle social, nas áreas adstritas às Unidades Básicas de Saúde. O CLS deve ser composto de 50% por representantes da comunidade (usuários), 25% por representantes dos trabalhadores de saúde e 25% por representantes da administração e prestadores de serviço/ terceirizados das respectivas UBS (PIAÚÍ; 2013; BRASIL, 2002).

As atribuições do CLS incluem garantir, dentre outras questões, o funcionamento adequado das UBS, elaboração de propostas e programas que atendam às necessidades da população no setor da saúde, convocação de assembleias e promoção de debates em torno de problemas que afetam a comunidade, encaminhamento de reivindicações ao CMS, acompanha-

mento das aplicações dos recursos orçamentários constantes no Plano Municipal de Saúde destinado a consolidação dos sistemas locais de saúde e, finalmente, a desenvolver junto às comunidades as noções básicas de Saúde⁸. O CLS possibilita a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pelo SUS em âmbito local, de forma igualitária e com ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação da saúde da população (PIAUI, 2013).

O controle social é resultante da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo; a favor da sociedade (MINAS GERAIS, 1994).

Visto que com o SUS a saúde é uma questão de cidadania e a participação da população é uma condição para seu exercício, a inexistência de controle social reflete uma falha no processo de “fazer” saúde. Cabe ao conselheiro que queira representar bem aqueles que o elegeram conhecer os problemas, observar seus efeitos, procurar suas causas, discuti-las com as suas representações e estabelecer uma escala de prioridades pelas quais lutará no Conselho e em outras instâncias para que se transformem em políticas efetivas. A função do conselheiro é apresentar propostas, fiscalizar ações, despesas e cobrar providências. Dessa forma, exerce o controle social do SUS em seu município (MINAS GERAIS, 1994).

O PET-Saúde, segundo portaria interministerial nº 1.802/2008, constitui-se instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização para profissionais da saúde, além da iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008a).

Fomenta a formação profissional articulada com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço. Além disso, o programa visa facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade; institucionalizar e valorizar as atividades pedagógicas destes profissionais e promover a capacitação docente, estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade e incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente (BRASIL, 2008b). A articulação entre ensino-serviço-comunidade, trazida pelo PET-Saúde proporciona simultaneamente oportunidades para a aprendizagem significativa por meio do sistema tutorial e fomenta algumas características de natureza coletiva, norteadas pela interdisciplinaridade, por possibilitar a inclusão de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros da rede básica de saúde, o que corrobora para o enriquecimento da formação acadêmica (ASSEGA et al., 2010).

O grupo PET-Saúde Controle Social da Universidade Estadual do Piauí surgiu em 2012, com proposta de duração de dois anos, e tornou-se o primeiro e propulsor programa de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade em parceria com o PET-Saúde, formado através de um processo seletivo de acadêmicos dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e educação física, com os objetivos de formar profissionais cidadãos que possam trabalhar em equipe, geração de conhecimento para a solução dos mais diversos problemas, além da oportunidade de contato com a prática profissional e com a população, um dos motivos principais para iniciativa da criação de um programa no âmbito do Controle Social, por ser uma ferramenta que garante uma ampliação de experiências, principalmente no campo da saúde, políticas públicas e muitas questões que envolvem a atenção básica.

Foram formados quatro grupos multiprofissionais com estudantes de graduação, ancorados por preceptores enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos e coordenação geral de um tutor psicólogo, divididos em quatro Unidades Básicas de Saúde, selecionadas em parceria com gestores municipais com base na demanda de atendimento à população e necessidade de organização da participação popular na gestão, em diferentes bairros da cidade.

Neste contexto, o PET-Saúde da Unidade Básica de Saúde do bairro Parque Universitário, em Teresina-PI, identificou a necessidade de realização de um trabalho de mobilização popular que viesse a contribuir com o fortalecimento do Controle Social da região, com a criação de um Conselho Local de Saúde, visto que outrora foram realizadas tentativas semelhantes, sem êxito. Assim, torna-se possível que usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço estejam a serviço do SUS e de seus princípios e diretrizes. Neste sentido, cabe aos conselheiros negociar soluções, ou seja, discutir e buscar acordos uns com os outros, visando encontrar as melhores saídas para os problemas que afligem a população.

O objetivo deste trabalho é relatar o processo de criação de um Conselho Local de Saúde adstrito a uma UBS, em Teresina-PI, visto que a inexistência de controle social na área gera desorganização e insucesso na luta pela melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde em âmbito local.

Método

O presente trabalho é um relato de experiência de caráter descritivo. A duração da experiência foi de aproximadamente 8 meses e as atividades foram desenvolvidas com carga horária de 4 horas semanais. Os encontros aconteciam sob a coordenação da preceptora enfermeira da Unidade de Saúde e orien-

tação do tutor psicólogo e professor da Universidade Estadual do Piauí - UESPI, com a participação de 3 estudantes, dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia. Realizaram-se atividades acadêmicas por meio de metodologia ativa de ensino-aprendizagem, com rodas de conversa, oficinas, leitura e discussão de artigos relacionados ao controle social no SUS e seminários com outros grupos PET-Saúde Controle Social.

O cenário da experiência foi a área adstrita a uma Unidade Básica de Saúde, composta por 4 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada na região leste de Teresina-PI, área marcada pela pobreza e violência. Com base na experiência de trabalho da equipe multiprofissional na ESF, a inexistência de controle social em saúde organizado em um Conselho local, evidenciada pelo elevado número de queixas dos usuários e pouca resolutividade da Unidade de Saúde, representava um problema para o qual havia real capacidade de enfrentamento, ou seja, estava no poder da Unidade de Saúde solucioná-lo.

Inicialmente, o grupo PET-Saúde Controle Social reuniu-se para traçar o plano de ação que conduziria os trabalhos de formação de um Conselho Local de Saúde. Observou-se que os alunos tinham pouco conhecimento acerca do controle social no SUS e foi realizado um ciclo pedagógico, com rodas de conversa para esclarecer dúvidas dos acadêmicos para que posteriormente pudessem ir em busca dos futuros conselheiros locais de saúde. A fonte de matéria para estudo do controle social no SUS foi o *Guia do Conselheir* (BRASIL, 2002), do Ministério da Saúde. Neste ciclo, foram identificados os conhecimentos prévios e as dúvidas sobre conselhos de saúde, sendo desencadeadas questões a respeito dos princípios do SUS, controle social, Estratégia Saúde da Família e relações interpessoais. Os estudantes e a preceptora reuniam-se sema-

nalmente para discutir estes assuntos e incentivar o processo de aprendizagem. Nos seminários com o tutor e demais grupos PET-Saúde, realizou-se a socialização dos artigos estudados, fundamentando o desenvolvimento da pesquisa. Ao final de cada atividade realizou-se uma exposição sobre as atividades desenvolvidas na UBS.

O que se seguiu foi a fase de planejamento e execução da formação do Conselho Local de Saúde, com os acadêmicos do PET-Saúde já embasados com os conceitos de SUS e controle social em saúde. Foi traçado um cronograma de atividades para inserção dos funcionários da UBS e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no processo de criação do CLS. Feito isso, realizou-se a busca de lideranças dentro da comunidade, entre as quais estariam os futuros conselheiros. Estas lideranças, por sua vez, foram convidadas para uma conversa mais detalhada sobre o assunto, após a qual manifestaram interesse em concorrer às vagas de conselheiros locais de saúde. A eleição foi mediada pelo CMS, e o que se seguiu foi um programa de educação permanente sobre o SUS e o controle social para os membros do novo CLS.

Descrição da Experiência

Realizou-se a identificação das lideranças comunitárias da área adstrita à UBS referência para o PET-Saúde Controle Social, através de conselhos comunitários e associações de moradores atuantes nos bairros atendidos pela UBS, com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa etapa foi a que apresentou maiores dificuldades no processo de formação, visto que os acadêmicos necessitavam da companhia constante dos ACS, que inexistiam em quantidade suficiente para cobrir o território e realizar as buscas com agilidade e algumas vezes não estavam à disposição dessa tarefa devido

às outras inúmeras atividades a eles designadas. Outro fator de dificuldade era a grande extensão territorial da comunidade, bem como a falta de segurança, o que também gerou dificuldades para chegar até as lideranças. Além disso, houve relativa falta de interesse de alguns profissionais de saúde da UBS em participar do processo de criação do CLS.

No entanto, após essa etapa inicial de identificação que durou 3 meses e apresentou as dificuldades aqui relatadas, o processo de formação começou a fluir com maior estabilidade, pois conseguiu-se chegar até as lideranças comunitárias, pessoas envolvidas com causas sociais e na luta por melhorias, sendo este um ponto facilitador para a futura formação. Convites foram enviados para uma roda de conversa com essas lideranças, a fim de lhes comunicar sobre a formação do Conselho Local de Saúde adstrito àquela unidade.

As lideranças foram convidadas a participarem da eleição para o Conselho, bem como a indicar entre os componentes de suas associações e conselhos aqueles que desejassem participar do processo de criação do CLS. Observou-se mudança de atitude dos funcionários da Unidade, que se mostraram mais participativos no processo e estes foram comunicados sobre a possibilidade de se candidatarem ao cargo de conselheiro, através das reuniões, além de cartazes afixados no mural e na administração da unidade.

Na ocasião da primeira roda de conversa com os representantes da comunidade, ocorrida em 18 de março de 2013, foi-lhes esclarecida a proposta de criação do CLS, para reuni-los em um órgão de controle social na busca de melhorias para a comunidade em muitos aspectos, tais como; solucionar problemas de marcação de consultas, aquisição de filtros para a comunidade carente, segurança nos arredores da unidade, calçamento das ruas, entre outros. Percebeu-se que a ideia foi

aceita e era urgente a formação de conselho local de saúde na região. Foi fornecido um exemplar do *Guia do Conselheiro* (BRASIL, 2002) para cada pessoa presente e foi solicitado que se manifestassem aqueles que desejariam concorrer a uma vaga de conselheiro e que as lideranças indicassem pessoas da comunidade envolvidas em questões sociais para que também tivessem a oportunidade de se candidatarem. Agendou-se nova reunião para eleição do CLS.

Em 15 de abril de 2013, em reunião à qual compareceram todas as lideranças convidadas, seus indicados e alguns funcionários da unidade, procedeu-se à votação dos candidatos aos cargos de conselheiros locais de saúde, visto que havia candidatos suficientes para concorrer às 8 vagas de conselheiros titulares e 8 vagas de suplentes. Na presença do vice-presidente do Conselho Municipal de Teresina, representante do presidente daquele Conselho, ocorreu a eleição dos novos conselheiros e o referido conselheiro municipal os declarou empossados.

A composição é paritária dos usuários em relação aos demais componentes, garantindo o cumprimento da regra na composição dos Conselhos da Saúde: a proporcionalidade de: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores (BRASIL, 1996). Realizou-se um cadastro dos novos conselheiros e foi-lhes apresentado o regimento interno do CLS, elaborado pelo grupo do PET Saúde Controle Social e sua preceptora, para apreciação e sugestões de correção, caso se fizesse necessário. Aprovado o regimento interno, acordou-se que o conselho reunir-se-ia na primeira sexta-feira de cada mês, às 15 horas. Ficou determinado que o local de reunião do CLS seria a sala de reuniões da UBS.

Após a formação do CLS, prosseguiram-se as atividades de educação permanente no âmbito do SUS e do controle so-

cial em saúde; para os novos conselheiros locais, pois era uma atividade nova e necessitavam de maiores informações para atuarem de forma consciente e fundamentada. As atividades de treinamento, com cunho de capacitação dos novos conselheiros, adotadas pelos acadêmicos da UESPI e pela enfermeira preceptora, foram baseadas em rodas de conversa com recursos audiovisuais, como quadros, resumos, apostilas, manuais e *Datashow*. A cada roda de conversa, de acordo com as dúvidas existentes, eram formuladas as questões a serem abordadas no encontro seguinte. Houve bastante troca de experiências, pois os conselheiros eram moradores da comunidade e conheciam como ninguém cada um dos problemas que estavam à frente, o que possibilitou visualizar o caminho ideal para solucioná-los, de acordo com as diretrizes do controle social. Além disso, foram realizadas oficinas para discutir detalhadamente o *Guia do Conselheiro* (BRASIL, 2002) e também o Regimento Interno, elaborado pelo grupo PET-Saúde Controle Social, para esclarecimento das atividades, direitos, deveres dos conselheiros locais de saúde.

Observa-se o sucesso do trabalho do PET-Saúde Controle Social através da assiduidade e pontualidade dos conselheiros e suas expressões acerca do que estão aprendendo e vivenciando, além da resolutividade de problemas vivenciados pelos trabalhadores da UBS e moradores da região.

Dos objetivos traçados, os quais foram: a criação do Conselho Local de Saúde e a capacitação dos novos conselheiros, o primeiro foi satisfatoriamente alcançado e o segundo está em constante processo de aperfeiçoamento. O CLS é uma realidade e já está em pleno funcionamento, com discussão de pautas referentes aos problemas detectados nas comunidades atendidas pelas equipes da referida UBS e seus respectivos encaminhamentos. O grupo continua presente na UBS, par-

tecipando dos encontros e discussões do CLS, que acontecem mensalmente.

A presença e o apoio dos conselheiros municipais foram de grande valia para o sucesso dessa experiência. O Conselho Municipal de Saúde de Teresina possui uma comissão cuja função é fomentar a criação de Conselhos Locais de Saúde e está acessível para orientar os profissionais de saúde das Unidades Básicas do município para formação de novos CLS.

Considerações Finais

A articulação entre ensino-serviço-comunidade, trazida pelo PET-Saúde proporciona simultaneamente oportunidades para a aprendizagem significativa por meio do sistema tutorial e fomenta algumas características de natureza coletiva, norteadas pela interdisciplinaridade, por possibilitar a inclusão de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros da rede básica de saúde, o que corrobora para o enriquecimento da formação acadêmica.

A iniciativa da criação de CLS objetivada pelo PET Saúde Controle Social como forma de inserção do ensino e aprendizado de estudantes da área da saúde, bem como educação continuada e despertar social de profissionais já atuantes, mostrou-se concretizada no decorrer de todo o processo, fortalecendo a atenção básica e vigilância em saúde preconizada pelo SUS, sendo grande parte dos objetivos iniciais do programa alcançados, tais como: a concretização de uma formação acadêmica ampla, através da atuação coletiva por meio da implementação, planejamento e execução de ações diversas voltadas para a população e estreitamento nas relações entre docentes, discentes, profissionais e comunidade.

A participação da profissional da ESF como preceptora do grupo e mediadora entre este, o serviço e a comunidade

foi uma experiência muito importante para o fortalecimento das ações de controle social em âmbito local, enriquecendo e destacando a presença deste profissional na atenção primária à saúde. O PET-Saúde Controle Social promoveu um encontro da assistência com a prática pedagógica, estimulando o confronto da teoria com a prática, contribuindo imensamente para a formação dos acadêmicos dos cursos de saúde da Universidade Estadual do Piauí e possibilitando uma troca de saberes, visto que para a execução deste projeto requereu-se pesquisa e confecção de micro aulas, tanto pela preceptora quanto pelos discentes, ou seja, todos foram instrutores e aprendizes.

Sabe-se que a eleição dos conselheiros locais de saúde da região adstrita à Unidade Dr. Félix Francisco Pereira Batista foi apenas o começo da construção de um controle social participativo e eficiente que ainda se requer dar continuidade ao processo de capacitação dos novos conselheiros. É neste sentido que o grupo PET-Saúde Controle Social dará continuidade aos seus trabalhos, no qual, apesar das dificuldades existentes para sua formação, se tornou um processo bastante satisfatório, dificuldades essas superadas pelo apoio dos profissionais da UBS, estes em especial os ACS, e apoio da comunidade representada pelas lideranças existentes. Recomenda-se que os profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção, provoquem a discussão acerca do CLS em suas unidades, incentivando a participação social, instigando a comunidade a fornecerem seu apoio em busca de melhorias, ao passo que impulsiona a formação de novos Conselhos Locais de Saúde, para que sejam criados mecanismos de efetivação do controle social, em um modelo de atenção que priorize a universalidade, a equidade e integralidade da atenção à saúde.

Referências

ALENCAR, H. H. R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde Soc.** 2012; 21(1): 223-33.

ASSEGA, M. L.; LOPES JÚNIOR, L. C.; SANTOS, E. V.; ANTONIASSI, R. S.; PADULA, M. G. C.; PIROLO, S. M. A interdisciplinaridade vivenciada no PET-Saúde. **Revista Ciência e Saúde** 2010; 3(1): 29-33.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 1990b

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**: SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Guia do conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalhador para a saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 ago. 2008b; Seção 1, p.27.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender a Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2008a.

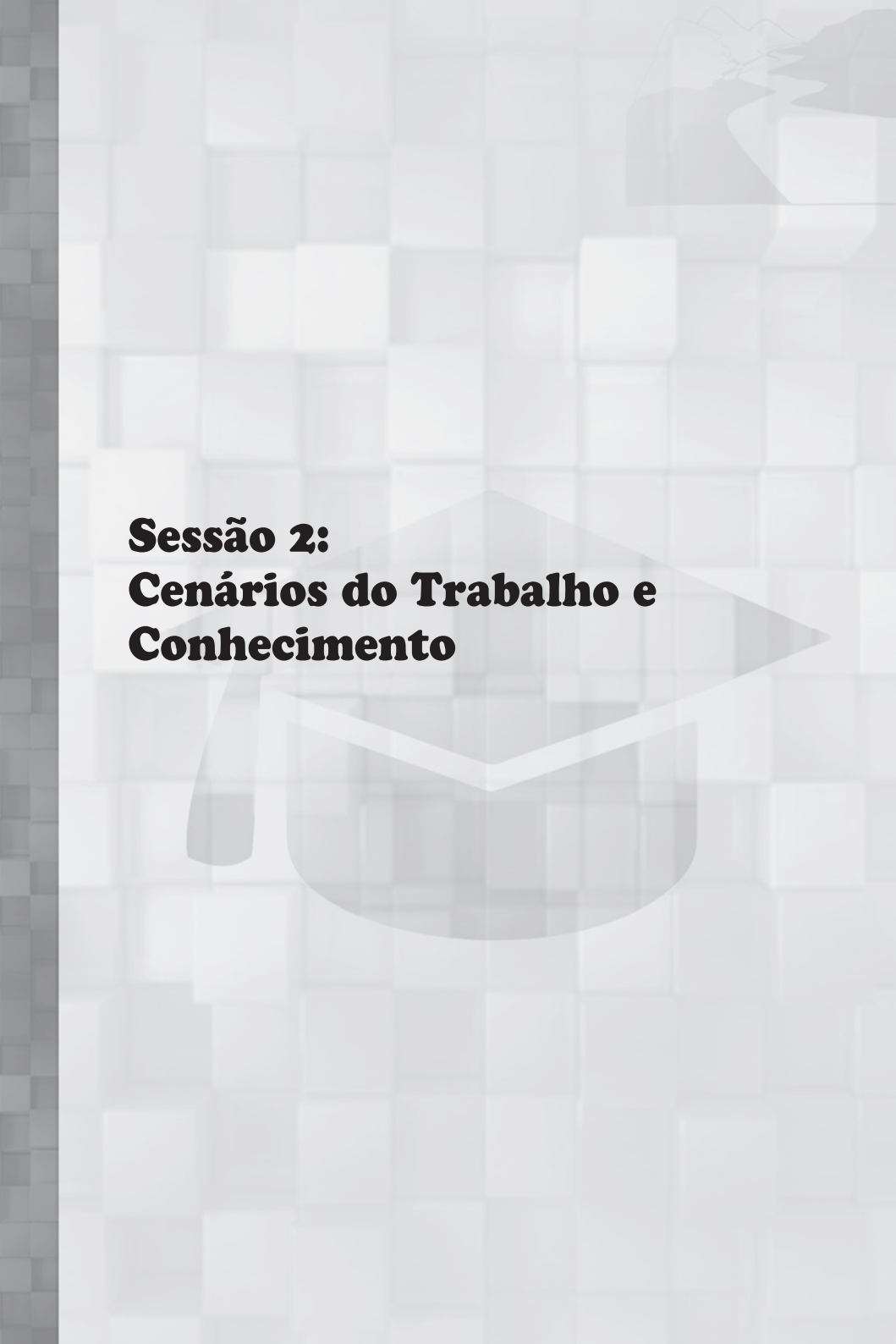
COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C.; GOMES, K. O.; JUNQUEIRA, T. S. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis** 2010; 20(3): 853-872.

MINAS GERAIS. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento interno dos Conselhos Locais e Regionais de Saúde**. Juiz de Fora; 1994.

PIAUÍ. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento interno do Conselho Local de Saúde adstrito à Unidade Básica de Saúde Dr. Félix Francisco Pereira Batista**. Teresina; 2013.

SANTOS S. M. R.; MARTINS, A. L. X. O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Saúde Soc.** 2012; 21(1): 199-209.



The background features a light gray grid pattern. A large, faint, light gray graduation cap (mortarboard) is centered behind the text. In the top right corner, there is a small, faint illustration of a person's head and shoulders, possibly a student or professional, looking towards the left.

Sessão 2: Cenários do Trabalho e Conhecimento

FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

A Pesquisa como Ferramenta de Ensino no Projeto Pró/PET- Saúde em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde

Nayara de Souza

Maria Conceição Harb

Georgia Oliveira

Maria Gabriela da Silva

Patrícia Thomas

Ruan dos Santos

Adriana Lemos

No Brasil, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, e com a garantia da Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde foi revisto e considerado não como mera ausência de doença, mas também como a capacidade de indivíduos e coletivos atuarem e produzirem a própria saúde. Neste processo, fundamentou-se o conceito da integralidade e da necessidade de um sistema de saúde que fosse capaz de suprir as necessidades de saúde da população. O modelo hegemônico, por sua vez, pautado no modelo assistencialista e curativo, cuja centralidade está no saber médico, nas doenças e nos hospitais, também estava na pauta das discussões, e deu abertura para que outras formas de organização do atendimento à saúde pudessem ser elaboradas.

Em 1994, foi oficialmente lançado o Programa Saúde da Família (PSF), que se expandiu gradativamente, transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) e fomentando a discussão do modelo assistencial no país. A ESF é considerada a estratégia de construção da atenção primária no Brasil (GUSSO; LOPES, 2012) e visa a saúde integral, reconhecendo o sujeito individualmente, mas também como integrante de uma família e de uma comunidade. A ESF incorporou outros paradigmas do processo saúde-doença, como as dimensões sócio-territorial e multiprofissional, ao formar equipes de saúde responsáveis por determinadas população de um território.

Entre 2010 e 2013, a cidade do Rio de Janeiro ampliou a cobertura da ESF em todas as Áreas Programáticas (AP) do município. Assim, diversos bairros e comunidades foram contemplados com a chegada da saúde da família em suas residências. Os profissionais que atuam na ESF trabalham diretamente com uma área delimitada do território, realizando atendimentos em todos os ciclos de vida: desde o recém nas-

cido, a criança, o adolescente, o adulto, a mulher, homem e o idoso, sempre no seu contexto familiar. Este trabalho se dá por meio de uma equipe composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e diversos recursos são utilizados: consultas médicas, de enfermagem, grupos educativos (gestantes, hipertensão, diabetes, bolsa família, saúde na escola, planejamento familiar, tabagismo), visitas domiciliares, planejamento em saúde, entre outros. Cada equipe organiza estes recursos de acordo com a realidade de seu território adscrito.

Há pouco mais de três anos, o bairro do Catete, localizado na zona Sul do Rio de Janeiro, foi contemplado com a ESF, primeiramente com duas equipes, evoluindo para cinco equipes em 2011. O Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira (CMS/MJF) transformouse em uma unidade de saúde do modelo tipo B (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013), ou seja, uma unidade mista onde convivem a ESF, com cinco equipes (Águia, Redentor, República, Guanabara e Parque Guinle) e o modelo tradicional, com atenção secundária (equipe Palácio e especialidades).

Em 2012, ao longo da consolidação das equipes de saúde da família, o CMS/ MJF, como unidade de saúde integrante da Coordenação de Área Programática (CAP) 2.1, passou a receber acadêmicos da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), após a parceria firmada entre as duas Instâncias, tendo como intuito inserir os alunos na Atenção Primária em Saúde (APS), por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pro/Pet Saúde) do Ministério da Saúde (MS).

A Universidade e o Serviço de Saúde

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi criado a partir de uma Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802 (BRASIL, 2008), tendo como objetivo a vivência de graduandos da saúde na realidade dos serviços assistenciais em APS, desta forma servindo como instrumento motivador de mudanças na formação, produção de conhecimento e apoio na qualificação em serviço dos profissionais envolvidos, bem como na consolidação dos eixos teórico, prático e pedagógico e valorização da interdisciplinaridade (FÔNSECA et al., 2014).

O tripé do projeto engloba o ensino, a pesquisa e a extensão. Durante dois anos os bolsistas participam de reuniões para discussão acerca das teorias do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente, acompanham o atendimento da ESF no CMS/MJF, nas visitas domiciliares, nas campanhas de vacinação e de orientação inclusive nas comunidades e, por fim, devem apresentar uma pesquisa de relevância sobre um eixo da atenção primária em saúde.

O Pró/PET Saúde resulta da integração entre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Foi implementado na UNIRIO em 2012, contando com cinco projetos, dentre eles o de “Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito de Mulheres e Homens na Atenção Primária à Saúde”, formado por doze estudantes dos cursos de Nutrição, Enfermagem e Medicina, uma docente (tutora acadêmica) e seis profissionais (preceptores) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da UNIRIO e da SMS/RJ, conforme Pareceres 541.462 e 527.958, respectivamente.

O presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência de construção e desenvolvimento de uma pesquisa

qualitativa em serviços de saúde na atenção primária a partir do subprojeto intitulado “Ações educativas no pré-natal: divergências e convergências com as normativas técnicas do Ministério da Saúde”, vinculado ao projeto central.

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (OSIS, 1998), na tentativa de melhorar a assistência também durante a gestação, em consonância com o restante do mundo que já caminhava nessa direção. Apesar de ter produzido avanços importantes na garantia dos direitos da mulher, o Programa sofreu bastante com dificuldades administrativas e financeiras que o impediram de ser um agente transformador na saúde da mulher. Sendo assim, e reconhecendo a necessidade de novas estratégias para a assistência pré-natal, em julho de 2000 o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como objetivos estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência pré-natal e o parto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Levando em consideração que o pré-natal é um dos momentos mais importantes de intervenção no âmbito da atenção primária, pois permite o conhecimento tanto da saúde da mulher e do conceito, quanto da estrutura familiar a que estão submetidos, o Programa torna-se um importante vínculo entre as gestantes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde, além de favorecer a compreensão das necessidades de melhoria dessa atenção, inclusive no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, pois se preconiza que a gestante tenha autonomia sobre o seu corpo e seja capaz de compreender as mudanças inerentes a este período, a ponto de ser capaz de participar ativamente das escolhas que lhe forem apresentadas durante todo o processo gravídico-puerperal, momento de importante contribuição para o exercício da maternidade, bem como da paternidade.

O Processo de Construção de Identidade na Pesquisa Qualitativa

Nosso primeiro contato com a pesquisa qualitativa ocorreu através da leitura e análise crítica de textos sobre o tema, indicados pela tutora acadêmica do Projeto. As principais referências que nortearam a metodologia ora adotada, foram os livros: “Pesquisa Social: teoria, método e criatividade” (MIMAYO, 2001) e “Pedagogia da Autonomia” (FREIRE, 2003). Como ferramenta didática, a leitura e a apresentação do material lido foram divididas entre os bolsistas para facilitar a discussão e a compreensão dos textos. Essa etapa permitiu a construção de uma base teórica, fundamental tanto para a elaboração do projeto de pesquisa quanto para o trabalho de campo e posterior análise de dados.

Consolidada a base teórica, teve início a elaboração da pesquisa com o objetivo de contemplar tanto os profissionais quanto os usuários da equipe de Saúde da Família, assim possibilitando traçar um paralelo entre os princípios éticos e doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) do SUS e as práticas dos integrantes da equipe de saúde na atenção primária.

Com o objetivo de compreender a qualidade da assistência durante o pré-natal, elaboramos um roteiro de entrevista semiestruturada que foi usado como ferramenta para guiar a técnica escolhida para a coleta de dados: entrevistas gravadas, visando conhecer as ações educativas realizadas junto às gestantes pela equipe da ESF, a opinião delas sobre as consultas de pré-natal e discutir as ações educativas a partir das normativas do Ministério da Saúde.

Após a elaboração do Projeto, realizamos algumas oficinas práticas com a presença da tutora, e optamos por trabalhar em duplas para testar a aplicação do roteiro de entrevista. Pos-

teriormente, com a finalidade de validá-lo, fizemos entrevistas piloto com gestantes usuárias de outros serviços de saúde e que, portanto, não foram incluídas como sujeitos da pesquisa. Ainda assim, as gestantes que participaram dessa fase do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre o assunto.

A partir disso, sentimo-nos seguros para iniciar a coleta de dados. Durante esse período, dividimo-nos entre as equipes da ESF e fizemos um levantamento do número de gestantes assistidas no CMS/MJF mediante acesso ao banco de dados do prontuário eletrônico, para tanto recebendo ajuda dos profissionais de saúde, dentre eles residentes de enfermagem e da residência multiprofissional, médicos, enfermeiros e agente comunitários. Nesse momento, deparamo-nos com questões administrativas relacionadas com os dados pessoais dos usuários, erros em relação à idade gestacional e cancelamento de consultas sem aviso prévio, o que impossibilitava, muitas vezes, o acesso às gestantes para a realização da entrevista, que era realizada aproveitando-se a ida da gestante à consulta de pré-natal. Normalmente, as gestantes mostravam-se cooperativas durante a entrevista, e solícitas durante os questionamentos, o que nos permitia ir além, sendo possível traçar breves perfis das entrevistadas pela forma como respondiam as perguntas e o modo como se comportavam.

Poucas gestantes recusaram-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, assim, não foram incluídas na pesquisa, como prevê a Resolução nº 466/12 anteriormente citada.

A leitura do artigo “Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica” (MINAYO, 2012), permitiu determinar o término da coleta

de dados, pois começamos a perceber a escassez de respostas que pudessem trazer novas inferências durante a fase de análise. Todas as entrevistas gravadas foram transcritas de forma literal e as perguntas fechadas processadas para tratamento dos dados no *software* livre EpiInfo. Teve início, então, a fase analítica dos dados, que deveria contar com um olhar atento dos pesquisadores para que houvesse articulação com as referências teóricas e os objetivos da pesquisa.

Após reiteradas leituras das transcrições das entrevistas, até que todos tivessem o domínio das declarações das gestantes, foi estipulado um primeiro momento: o de pré-análise. As questões norteadoras e os objetivos foram retomados e houve a divisão das perguntas do questionário entre os entrevistadores, para que cada um pudesse ficar responsável pela análise das mesmas questões em todas as entrevistas, a fim de evitar o surgimento de vies de interpretação.

Em seguida, teve início a exploração do material através dos retalhos dos textos em unidades menores que correspondiam à ideia central de cada resposta, o que, de certa forma, era mais relevante para nossos questionamentos. As unidades que se relacionavam com outras através de algum termo ou semântica foram agrupadas, utilizando-se a técnica de análise temática (BARDIN, 2009). A expectativa dos acadêmicos era a de que a pesquisa qualitativa (MINAYO; SANCHES; 2008) pudesse demonstrar valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões, como proposto na literatura científica consultada, fato que foi comprovado no transcorrer da pesquisa promovendo, assim, uma identificação dos contextos específicos que se produzem neste local, com relação às políticas públicas de saúde no pré-natal no Brasil. Por essa razão, é importante seguir estratégias de pesquisa qualitativa que podem dar conta das diferenças detectadas, das características familiares, da exis-

tência de redes sociais de apoio e das diferentes realidades das equipes de Saúde da Família.

A aproximação com o método qualitativo, no caso presente, ajudou no processo de desenvolvimento da pesquisa, bem como na facilitação da descoberta de dimensões desconhecidas do problema. De fato, durante a pesquisa, emergiram relações entre variáveis, motivações e comportamentos inesperados, que não surgiriam com a utilização de um questionário estruturado. Transitar no imprevisto, de maneira segura, é um fator importante para a pesquisa na área da Saúde Coletiva, dada a riqueza de dados que o método qualitativo pode proporcionar. Além disto, também favorece o crescimento profissional dos pesquisadores envolvidos.

Breves Resultados e Caracterização das Participantes da Pesquisa

Apresentaremos aqui dados parciais da pesquisa, pois os mesmos estão sendo objeto de análise para posterior elaboração de manuscrito para futura publicação.

Participaram do estudo 42 gestantes, as quais as idades variaram entre as faixas de 18 a 39 anos, estando a maioria na faixa entre 20 a 24 anos. A maioria convive com o companheiro, tendo a presença de outros integrantes ou não. O grau de escolaridade era relativamente baixo. Nenhuma gestante havia começado o ensino superior, 16 concluíram o ensino médio, 11 possuíam o ensino médio incompleto, 10 delas possuíam fundamental incompleto e 5 ensino fundamental completo.

Das entrevistadas, 6,9% (3) estavam com menos de 12 semanas de gestação, 27,9% (12) estavam com menos de 24 semanas, 32,5% (14) estavam entre 24 e 33 semanas e 25,6% (11) estavam com mais de 34 semanas.

Com relação ao número de gestações, 38% (16) das gestantes estavam na primeira gestação, 38% (16) na segunda, 14% (6) na terceira, 7% (3) na quarta e 3% (1) na sexta gestação. Dentre as gestantes que já haviam engravidado, 15% (4) sofreram aborto, 58% (15) afirmaram ter realizado parto normal e 27% (7) realizaram cesárea, o que é um aspecto positivo, apesar de ainda estar acima do estabelecido pela OMS que é de, no máximo, 15% de cesarianas.

Com relação à participação de alguma ação educativa ou o ato de receber orientações/informações durante sua assistência na gestação, 57% (24) afirmaram ter recebido alguma orientação/informação. Algumas gestantes alegaram que não participaram das ações promovidas por conta do horário de trabalho, e outras não justificaram sua ausência. Dentre os 57% (24) das gestantes que afirmaram ter participado de ações educativas e/ou orientações: 46% (11) disseram ser na forma de orientação individual; 37,5% (9) na forma de orientação em grupo; 46% (11) na forma de palestras; 21% (5) na forma de slides; 12,5% (3) na forma de roda de discussões; 29% (7) na forma de cartazes; 8,3% (2) na forma de sala de espera; 12,5% (3) na forma de Vídeo/DVD; 4,1% (1) na forma de jogos, sendo as práticas mais citadas: orientação individual, orientação em grupo, palestras onde os temas são fixos e estipulados pelo profissional, slides e cartazes.

Aspectos quanto a que profissional realizou as atividades, bem como a avaliação pelas gestantes, dentro outros, são resultados que serão posteriormente analisados.

Considerações Finais

O Pro/PET-Saúde tem contribuído positivamente, gerando mudanças na formação profissional e no processo de trabalho das equipes. O contato dos acadêmicos com a Unida-

de Básica de Saúde mostra-se como um diferencial, uma vez que através do acompanhamento das atividades da Unidade de Saúde, e até mesmo por meio das entrevistas realizadas, foi possível proporcionar uma troca de experiências e conhecimento científico entre os profissionais da ESF e os discentes, bem como com os usuários. Como as equipes apresentam sua organização/fluxo diferenciados em respeito à realidade local, os alunos não seguiram um fluxo padrão no âmbito de cada uma, a exemplo do acesso aos prontuários, planilhas e agendas diferenciadas, o que muitas vezes dificultou o andamento do processo de trabalho das entrevistas. O reconhecimento de um território específico também apresentou vivências e características locais em termos sociais e de saúde, fato que influenciou na expectativa e no andamento da pesquisa, devido à integração com a respectiva população.

Percebemos, assim, que o contato com a realidade do Serviço, dos profissionais de saúde e das gestantes/população local, trouxe diversos questionamentos aos alunos, gerando reflexões entre eles no que tange à formação e atuação de cada um.

Para os profissionais do serviço, esta percepção gerou questionamentos: “Será que estamos agindo adequadamente?”, “Será que damos conta da qualidade de serviço em que acreditamos?”, “Será que os alunos perceberam a realidade e as dificuldades de se realizar aquilo que é preconizado?”. Para os acadêmicos, serviu como um dispositivo gerador de experiência, que proporcionou uma vivência que será levada para o restante da vida acadêmica e profissional, além de promover a associação entre o que é apreendido na teoria e o que é visto na prática, bem como a convivência em um ambiente multiprofissional, que é um fator ausente, sobretudo na graduação, e de difícil aprendizado na prática profissional.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET- Saúde. Brasília; 2008.

FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface** (Botucatu) [periódico na Internet]. [citado 2014 Ago 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005030598&lng=pt> Publicado 2014. Epub 09-Maio-2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0598>. Acesso em 20 de agosto. 2014

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; 17(3): 62-626.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, 2008; 9(3):239-262.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Série Técnica Inovação na Gestão. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS; 2013.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Públ**, 1998; 14(1):25-32.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, 2004; 20(5):1281-1289.

FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

A Intersetorialidade na Promoção à Saúde Sexual e Prevenção da Gravidez na Adolescência

**Camila Hidemi Danno
Graziela Tainara Okuda
Ana Carolina Simões Pereira
Gabriel Guimarães Di Stasi
Fernanda Bigio Cavallieri
Luciana Rocha de Oliveira Nardo
Sergio Itiro Nakadate
Elisabete Takeda**

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações que abrangem o individual e o coletivo, visando ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que mude a situação de saúde, permitindo autonomia das pessoas e influenciando diretamente nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, o Programa da Saúde da Família (PSF) foi implantando pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, constituindo uma proposta para mudança do processo de trabalho na Atenção Básica, com o objetivo de qualificar a assistência à saúde da população com base nas Diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009; LOCH-NECKEL et al., 2012). Nas últimas décadas, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países, de forma geral, no que se refere à organização dos serviços para o atendimento a este grupo etário (BRASIL, 2008).

Na Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988, o MS oficializou o Programa de Saúde do Adolescente (PRO-SAD) que apresenta as suas Bases Programáticas através da Coordenação Materno-Infantil (COMIN), vista a vulnerabilidade dos jovens aos agravos de saúde. Ao se reconhecer o adolescente como vulnerável, fundamentalmente no que diz respeito à falta de adesão das práticas seguras relacionadas à sexualidade, prioriza-se ações voltadas para esse segmento populacional. A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 1996).

O programa tem por finalidade promover, integrar, apoiar e incentivar práticas nos locais onde é implantado cujas atividades já vem sendo desenvolvidas, sejam nos estados, municípios, universidades, organizações não governamentais e outras instituições, interagindo com outros setores que vem de encontro às propostas de promoção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades do programa incluem: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar, a família, o trabalho, cultura, esporte e lazer, entre outros (BRASIL, 1996).

Nessa lógica foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), no ano de 2007, através do decreto nº 6.286, de 5 de dezembro, com a finalidade de promover ações de prevenção, promoção e atenção à saúde no âmbito das escolas públicas. Tem como um dos principais desafios o fortalecimento da relação entre a rede pública de educação e a rede pública de saúde, com a intenção de manter as crianças e jovens na escola, livres de doenças, evitando comprometer seus estudos. Além dos principais alvos, os estudantes, as famílias também são importantes atores nesse processo e podem receber atendimento com base nos princípios do PSE (BRASIL, 2007).

A proposta pelo Modelo de Atenção à Saúde da Família conta com a participação popular e dos setores responsáveis pelo bem estar e desenvolvimento da comunidade, considerando a saúde um fenômeno multidimensional. Com isso, a prática da intersetorialidade intrínseca e em consonância com a amplitude do objeto saúde, objetiva a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, resultando em melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia-a-dia.

No Brasil, cerca de 19,3% das crianças nascidas vivas em 2010 são filhos de mulheres de 19 anos ou menos (BRASIL, 2012b). Sendo assim, trata-se da educação sexual do adolescente, tema que continua pouco debatido pela sociedade de forma imparcial e aberta, resultando em situações de impasse, como a gravidez precoce, visto que, em 2012, da população entre 15 e 19 anos, 20% possuíam um filho e 41% dois filhos ou mais (BRASIL, 2013a); e ainda, doenças sexualmente transmissíveis (DST's) que se apresentam cada vez mais nessa população, como mostra o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que estima aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil em 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4% da população. Na faixa etária de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres (BRASIL, 2014). Outra consequência relevante a ser apontada é a gestação de alto risco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como tal devido às repercussões sobre a mãe e o neonato. Para a OMS, a mortalidade materna é umas das maiores complicações que a gravidez na adolescência pode oferecer. A chance de ocorrência de morte nas mulheres entre 15 e 19 anos por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior do que entre as mulheres maiores de 20 anos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2011 a mortalidade materna por causas diretas foi 75% na faixa etária de 10 a 14 anos e com 69,5% na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo maiores se comparadas com a fase adulta. E para o neonato, a incidência de falecimentos no 1º mês de vida são 50-100% mais elevados na mãe adolescente, comparadas à idade adulta. Além de que os partos pré-termo, baixo peso ao ano nascer e asfixia são elevados em crianças cujas mães são

jovens, aumentando assim a chance de morte e problemas de saúde futuro para o bebê (IBGE, 2011).

O que leva os autores desta pesquisa a relacionar a importância do papel comunicante entre a rede de atenção à saúde e da educação, no sentido de identificar as dificuldades de parceria e planejamento desses setores, no intuito de construção de ações intersetoriais na saúde do adolescente. E, também, identificar as dificuldades na implementação de ações intersetoriais entre saúde e educação, visando à promoção da saúde sexual e prevenção da gravidez na adolescência.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa busca observar e descrever fatos ou fenômenos de uma determinada realidade a fim de explorá-la de modo sistemático e criterioso (MINAYO, 2013). O estudo foi desenvolvido nas 32 Unidades da Saúde da Família (USF) da cidade de Marília-SP, por meio de parceria da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município e a coleta de dados foi realizada nos meses de Setembro e Outubro de 2013 por discentes da Famema e orientadores, subsidiados pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET- Saúde). Para a abordagem foi utilizada a pesquisa-ação, sendo uma estratégia de desenvolvimento da aprendizagem descrita por Thiollent (2011); neste tipo de pesquisa os atores envolvidos participam juntamente com os pesquisadores, a fim de compreenderem a realidade em que estão inseridos, organizada em quatro fases: exploratória, de planejamento, de ação e de avaliação. Para identificação das necessidades de educação sexual e reprodutiva para os adolescentes, foi utilizado ins-

trumento de coleta de dados contendo três perguntas abertas para os profissionais da saúde (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), sendo que nesta pesquisa foi avaliada a visão dos profissionais de saúde destas categorias, totalizando 90 questionários. Para análise dos dados utilizamos a Técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática (GOMES, 2012).

De acordo com a Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília/Famema e ao Comitê de Avaliação de Pesquisa da Secretaria da Saúde (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília e e foi aprovado sob o parecer nº 302.956 e segundo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 16335613.2.0000.5413, conforme relatório de 13 de junho de 2013.

Os responsáveis e os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da coleta de dados (BRASIL, 2013b).

Resultados e Discussão

Categoria 1: Dificuldades de organização do processo de trabalho da equipe de saúde

Após a leitura dos instrumentos de pesquisa, dentre as respostas dos profissionais de saúde foram relatados como fatores que dificultam o desenvolvimento do trabalho conjunto entre USF e escolas na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Esta categoria é representada por meio dos seguintes núcleos de sentido:

- Falta de profissionais qualificados e capacitados:

Conhecimento insuficiente da equipe para uma adequada abordagem sobre o tema. (D10)

Para Silva, Ogata e Machado (2007), falta de profissionais com perfil adequado, problemas de gestão e organização da atenção são alguns dos principais obstáculos para uma melhor qualidade na atenção à saúde. Há uma necessidade de adequação profissional que exige capacitações e modificações nas mesmas, visto que os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação, na maioria das vezes, ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores.

- Desmotivação da equipe:

“[...] equipe desmotivada;” (D10)

Segundo Pinto, Menezes e Villa (2010), há uma desmotivação e/ou a falta de responsabilidade de alguns dos profissionais que atuam no âmbito do SUS que estão relacionados aos baixos salários e às precárias condições de trabalho, consequentemente refletindo em suas ações.

- Falta de tempo e sobrecarga do serviço:

Falta de horário disponível... (M13)

Sobrecarga de serviço [...] (D10)

Falta de horário disponível devido ao volume de alta demanda. (M13)

Não ocorrem devido ao número excessivo de usuários atendidos na unidade [...] (M9)

Em um estudo realizado com os profissionais de saúde de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Mosoró, foram levantados aspectos relacionados às dificuldades no processo de trabalho em sua unidade, e em suas falas foi apontado a sobrecarga de trabalho e o tempo de consumo de trabalho como obstáculos para a realização das ações destinadas ao seu público (EVANGELISTA et al., 2011).

- Falta de profissionais e alta rotatividade:

[...] pois contamos com um número reduzido de profissionais. (AE11)

[...] troca constante de profissionais [...]” (M12)

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

Um dos problemas que mais afetam os serviços diz respeito à falta de profissionais e à dificuldade de fixação destes profissionais (alta rotatividade). Ainda é, em grande medida, a partir de certa “lógica de mercado”, que se orienta a relação entre os gestores municipais e os profissionais de saúde na atenção básica.

Pode-se perceber que a constante de problemas relacionados aos profissionais de saúde está intimamente ligada à dificuldade de implementação de ações no trabalho conjunto entre as esferas de Saúde e Educação.

Esse fato também foi relatado em um estudo realizado com equipes de USF em um município no Sul do Brasil, em que os entrevistados levantaram como fragilidades no processo de trabalho: falta de profissionais, falta de condições de trabalho, alta demanda, desmotivação (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Esse mesmo autor apresenta que as dificuldades no processo de trabalho na equipe da USF estão relacionadas às limitações do seu círculo de competência, avaliando também as características da demanda que seria mais bem atendida se houvesse uma equipe interdisciplinar, onde cada especialidade precisasse ultrapassar o seu nível de formação e competência a partir da ampliação da base conceitual.

Categoria 2: Dificuldade de gestão municipal

Seguindo a leitura dos questionários da pesquisa, dentre as respostas dos profissionais de saúde, relatou-se dificuldades de gestão municipal, que interferem direta e indiretamente na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Esta categoria é representada por meio dos seguintes núcleos de sentido:

– Falta de espaço físico.

Não ocorrem, pois não temos espaço físico para desenvolver as atividades [...] (E5)

No estudo em questão, os profissionais de saúde apontam a falta de espaço físico, como uma dificuldade para a realização de atividades de educação sexual e reprodutiva, o que é corroborado por outros estudos científicos, que apontam a mesma dificuldade.

Dentre as maiores dificuldades nas atribuições das gerências, tem-se sobrecarga de atividades e área física pequena, que dificultam o trabalho em equipe, causando conflitos entre os trabalhadores e destes com a comunidade adstrita, conforme descrito em outro estudo (TEIXEIRA, 2010):

Temos dificuldade quanto à área física, número reduzido de profissionais para atender as necessidades da comunidade [...].

– Atividades Burocráticas.

Apontam ainda, dificuldades pelas atividades burocráticas:

“[...] dificuldade burocrática” (M18)

O que vem sendo abordado por outros estudos, que também relatam o excesso de atividades burocráticas dificultando o trabalho em equipe (TEIXEIRA, 2010).

Nesse sentido, cabe ressaltar a relevância da gestão municipal no processo de administração da saúde, que tem papel fundamental na consolidação da descentralização do SUS, tendo responsabilidade nos processos de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; funções estas inerentes à gestão do sistema (ANDRADE; QUANDT; DELZIVO, 2012).

A forma de gestão pública em saúde tem sofrido transformações para melhor adaptá-la às características e necessidades da população. Apesar de Políticas Públicas implementadas nos últimos anos do Século XX e início do Século XXI, ainda é possível notar diversos problemas em termos de gestão, em razão da maneira como os gestores trabalham, investem e tomam decisões frente aos objetivos da gestão pública (ANDRADE; QUANDT; DELZIVO, 2012).

Durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial

atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no SUS. Entre as características inovadoras, incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção na promoção de saúde (ALMEIDA; MACINKO, 2006). O que foi contestado pelos profissionais de saúde que afirmam:

- Predomínio de ações curativas e falta de apoio da coordenação

“Continua o predomínio das ações curativas devido à grande demanda [...]. As ações de promoção muitas vezes são planejadas, mas não implementadas ou colocadas em execução também, por falta de recursos humanos, materiais, apoio da coordenação e etc.” (D8)

A falta de ações voltadas para a prevenção de doenças e a falta de planejamento dessas ações no sistema de saúde, impedem o desenvolvimento correto de um serviço que possa prevenir efetivamente possíveis danos. Os dados mostram que 41% da população entre 15 e 19 anos possuía dois filhos ou mais em 2012; e, 734 mil pessoas da população total estão vivendo com HIV/AIDS (BRASIL, 2014), sendo assim, os serviços de saúde necessitam repensar as suas práticas visando ações voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças, como também a adoção de um Modelo de Atenção que atenda com maior amplitude a integralidade do cuidado a saúde do adolescente. Possivelmente, os serviços de saúde somente conseguirão a redução efetiva de ações curativistas em um futuro próximo, quando houver um planejamento de ações com vistas à priorização da assistência integral a saúde do adolescente, ampliando largamente as ações de promoção a saúde e de prevenção de doenças, principalmente no que diz respeito

à AIDS. Pois com a iniciação sexual começando cada vez mais precoce, as crianças e adolescentes necessitam de orientações relativas à saúde sexual e reprodutiva pertinentes a sua faixa etária a fim de reduzir o perfil epidemiológico de DSTs, HIV/AIDS e gravidez na adolescência em um futuro próximo.

Dessa maneira identifica-se outro núcleo de sentido, que vem em desencontro com as atuais Políticas Públicas no Ministério da Saúde (MS), centrado na promoção da saúde e, nesse contexto, encontramos ainda dentre as dificuldades, a falta de apoio da coordenação, dificultando a motivação profissional e assim influenciando em ações posteriores referentes à prevenção na saúde. A motivação nos locais de trabalho é influenciada por fontes extrínsecas, que dizem respeito às forças externas à pessoa, e intrínsecas, que se referem às forças geradas pela própria pessoa. Desse modo é perceptível que o indivíduo é motivado por uma série de necessidades, e que fatores como oportunidade, segurança no emprego, orgulho pelo trabalho, abertura, renumeração, são fatores que contribuem para motivação e consequente resultado no trabalho (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

– Falta de Planejamento.

Outra dificuldade apontada nesse eixo é a falta de planejamento, como relata o profissional em questão:

“Estou há pouco tempo na USF, mas como todas as outras do município, não houve planejamento para abordagem deste tema”. (M1)

O planejamento é um termo amplamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, entendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir

proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Vilasbôas (2006) afirma que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ações com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade, e que estas ações são orientadas por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação.

Quando o objeto do estudo são as práticas de saúde realizadas em uma instituição, pode-se admitir que as práticas de planejamento agiriam sobre a organização das práticas de saúde, de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da finalidade da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde (RIBEIRO, 2012).

Para tanto, é fundamental que haja um planejamento de propostas e ações para os profissionais trabalharem saúde sexual e reprodutiva com os adolescentes. A falta deste implica direta e indiretamente tanto na prevenção como na promoção de saúde sexual.

- Falta de Política Pública visando à promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva do adolescente.

"[...] falta de uma Política Pública voltada para isso". (M12)

Como consequência da falta de planejamento com finalidades definidas institucionais tem-se as dificuldades de reconhecimento e implementação das políticas de saúde (TEIXEIRA, 2010). O que também foi apontado na pesquisa pelos profissionais de saúde que não identificam as políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

Categoria 3: Dificuldades de parceria de Unidades de Saúde de Família (USF) e Escolas Municipais.

Os profissionais de saúde também referiram como fatores que dificultam esta parceria a falta de escolas nas áreas de abrangência das USF's e a falta de interesse dos pais e da própria escola para debater o tema saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de forma intersetorial.

- Falta de vínculo entre escolas e serviços de saúde;

Isso pode ser evidenciado no relato:

“[...] existe muita resistência por parte dos professores para um trabalho em conjunto, sempre relatando que as atividades escolares tomam todo o tempo da grade escolar. Precisa ocorrer inicialmente uma aproximação entre os dois serviços. Também na atual gestão para os profissionais da USF, não é possível sair da Unidade, impedindo um trabalho adequado de promoção.”
(D5)

“Falta criar vínculo maior entre a Unidade de Saúde e Escolas.” (ACS21)

“Devido ao cronograma de trabalho da escola e da USF não serem compatíveis.” (D4)

As dificuldades mencionadas vão ao encontro do estudo realizado no Distrito Federal - DF, o qual relata a visão dos profissionais de saúde sobre o PSE. Os profissionais reconhecem a necessidade da integração entre saúde e educação, porém apontam o excesso de burocracia, a falta de recursos humanos e de tempo. Segundo os profissionais da saúde, ainda há um desconforto nessa relação, não acontecendo a integração desejada. As ações não são sistematizadas e cada um rea-

liza seu serviço independente do outro (PENSO et al., 2013). Dessa maneira, forma-se uma fragilidade na intersetorialidade para atuar nesse assunto com os adolescentes, o que por sua vez prejudica a existência de uma ação preventiva em relação à gravidez precoce na adolescência e o mesmo ocorre com a ação preventiva em relação aos riscos e complicações para os adolescentes, nos quais a probabilidade de morte durante a gravidez é duas vezes maior.

Os profissionais da saúde apontaram para uma sensação de paralisia, também uma dificuldade em lidar com as demandas formuladas pela escola que se mostraram pouco interativas.

Segundo Pereira (2013, 2008, 2004), a abordagem do tema saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes na perspectiva da intersetorialidade de USF e escolas é considerada um desafio, pois considera como dificuldades a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, a falta de adesão da família e medo que os pais e professores possuem de que algumas ações do projeto incentivem o início precoce da vida sexual dos adolescentes. Além da dificuldade relatada na diferença da grade horária escolar e outras demandas dos profissionais da USF. Também a falta de profissionais como assistentes sociais para se trabalhar a questão da vulnerabilidade desses adolescentes.

A necessidade de uma atenção e compreensão à saúde do adolescente de forma ampliada e integrada é evidente, contudo as políticas de saúde implementadas estão fortemente apoiadas ainda no Modelo biomédico, o que resulta em ações unificadas.

Conclusão

A partir dos resultados da pesquisa observou-se que existem dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde na organização do processo de trabalho da sua equipe, de gestão municipal e parcerias entre USF's e escolas públicas. Nesse

sentido, as dificuldades encontradas no estudo demonstram a necessidade de qualificação e capacitação dos profissionais de saúde, contribuindo para conscientizá-los sobre a relevância do seu papel frente às ações de promoção de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, prevenção de agravos e reconhecimento das políticas públicas existentes voltadas para o tema.

Para implementar ações intersetoriais entre saúde e educação, é necessário maior articulação de forma que a construção e o planejamento das ações ocorra coletivamente favorecendo o vínculo e a corresponsabilização dos atores envolvidos no processo, contribuindo para a integralidade da saúde dos adolescentes, considerando as abordagens do MS e da educação na promoção e prevenção da saúde dessa faixa etária.

Além disso, ressalta-se a importância do PET-Saúde no processo de formação acadêmica, fortalecendo o desenvolvimento dos discentes envolvidos em suas intervenções práticas na comunidade pautadas nos princípios do SUS, ampliando a compreensão e atuação dos mesmos frente às ações intersetoriais. Também é um programa de fundamental importância para os profissionais dos serviços de saúde, pois por meio da preceptoria se instrumentalizam para as atividades acadêmicas com os futuros profissionais de saúde e, com isso, o trabalho em conjunto também fortalece as ações da parceria ensino/serviço. Dessa forma, os graduandos poderão exercitar a prática profissional nos cenários da atenção primária e em contrapartida essa realidade tenderá a ser modificada com vistas a integralidade do cuidado a Saúde Sexual e Reprodutiva do adolescente.

Contudo, são necessários mais estudos científicos sobre o tema devido à dificuldade encontrada pelos autores na busca bibliográfica.

Referências:

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: OPAS; 2006.

ANDRADE, L.M.B.; QUANDT, F.L.; DELZIVO, C.R. Os desafios da gestão pública em saúde na perspectiva dos gestores. **Saude Transform Soc.** 2012; 3(2):20-4.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 6 Dez 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, DF: MS; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas**. 2ª ed. Brasília, DF: MS; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF: MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª. ed. Brasília, DF: SAS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, DF: MS, 2012b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Informação demográfica e socioeconômica número 32. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília, RJ: MP, 2013a. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br> > Acesso em 16 fev. 2015.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. **Diário Oficial da União**, 2013b.

EVANGELISTA et al. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev RENE**. 2011; 12(n. esp.):1011-20.

FERNANDES, L.C.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009; 14(1):1541-52.

FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface** (Botucatu). 2008; 12(25):1-14.

GOMES, R. Análise e interpretação dos dados de pesquisa qualitativa In: MINAYO, M.C.S., organizador. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32ª Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-108.

IBGE. **Indicadores e dados básicos do Brasil**. 2011.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2009; 14(1):1463-72.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jóvenes: un reto y una speranza**. Ginebra, 1995.

PAULA, K.A; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface** (Botucatu). 2004; 8(15):331-48.

PENSO, M.A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude soc**. 2013; 22(2):542-53.

PEREIRA, A.C. **Experiência do projeto saúde e prevenção nas escolas nas ações intersetoriais em sexualidade para adolescentes** [trabalho de conclusão de curso]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6119/1/2013_AlineCarvalhoPereira.pdf>. Acesso em 24 Jan 2014.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.P.M.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 4(3):657-64.

RIBEIRO, R.M.C. **Avaliação dos aspectos da gestão em saúde em municípios de pequeno porte da microrregião de Jequié – Bahia** [dissertação de Mestrado]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2012. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma2/Dissertacao-Roseli-Maria-Cardoso.pdf>>. Acesso em 24 Jan 2014.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev Eletrônica Enferm** [Internet]. 2007; 9(2):389-401. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em 24 Jan 2014

TEIXEIRA, C.F, organizador. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 161.

THIOLLENT, M. **Metodologia de pesquisa-ação**. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

VILASBÔAS, A.L.Q. Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal. **Cad Saúde Pública**. 2006; 24(6):1239-50.



FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

PET-Saúde e Qualificação da Formação Acadêmica: Um Relato de Experiência

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Ana Lúcia Abrahão

Eduardo de Carvalho Rocha

Paola dos Santos Vieira

Barbara Regina Felizardo Gomes

Clarissa Gonçalves da Silva

Ândrea Cardoso Souza

O PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) tem como objetivo desenvolver um ensino-aprendizagem focado no trabalho e na relação orgânica entre profissionais, alunos, usuários e docentes, configurando, assim, um espaço de integração entre ensino e serviço, e de produção de encontros potentes (ABRAHÃO et al., 2011).

Os encontros proporcionados pelo PET permitem que o trabalho em saúde seja um dispositivo de mudanças para todos os envolvidos, no qual os alunos experimentam um compartilhar da prática concreta – diferentemente do que ocorre na formação tradicional. Desse modo, pode-se deparar com conflitos que emergem do cotidiano dentro do serviço de saúde frente às reais necessidades dos usuários, o que contribui para a formação de um profissional de saúde mais comprometido com a produção de cuidado.

Outra característica que o programa abarca é a possibilidade de aproximação entre academia e serviço, numa relação que favorece o fortalecimento do mundo do trabalho e do ensino. Assim, o PET objetiva uma formação implicada e comprometida com as unidades de saúde como fonte de pesquisa e, sobretudo, considera o serviço como campo privilegiado de formação.

O PET desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense (UFF) atua em parceria com a Fundação Municipal de Saúde e tem utilizado uma abordagem metodológica problematizadora centrada no aluno e no trabalho multidisciplinar. Tal atuação tem conferido ao PET-Saúde, em Niterói, um diferencial na articulação entre academia, comunidade e profissionais de saúde (ABRAHÃO et al., 2011).

No campo da saúde mental, o PET está em atividade em Niterói desde o ano de 2011. A implantação do PET na rede de atenção psicossocial para usuários de drogas acontece num

momento em que estudos apontam para um crescimento do uso de drogas no Brasil (BRASIL, 2011).

O consumo abusivo de drogas consiste um problema social ao conferir riscos para a saúde das pessoas e prejuízos para a sociedade (BRASIL, 2014). É oportuno aferir que o uso abusivo de drogas não é um problema exclusivo do setor da saúde, pois se reflete em vários campos da sociedade, como educação, assistência social, justiça, segurança pública e economia. Por se tratar de um problema psicossocial, a questão do uso problemático de drogas na adolescência deve ser de responsabilidade comum e partilhada, requerendo intervenção de diversos setores de forma multidisciplinar e intersetorial.

A adolescência é definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 1990) e engloba a fase do desenvolvimento humano com intensidade de transformação. Essa fase é caracterizada por mudança comportamental e conflitos, uma vez que é o período em que se forma a personalidade, afirma-se a identidade, desenvolve-se física e emocionalmente, constituindo-se como elementos favoráveis à experimentação e uso de drogas, que pode se dar pela desinformação, facilidade de acesso e insatisfação com a vida (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008; SILVA et al., 2010).

Pesquisas apontam que, no início da adolescência, os jovens brasileiros são expostos ao primeiro contato com as drogas e este seria, portanto, o momento ideal para detecção de fatores de risco que os levam ao uso problemático (ABRAHÃO; MEHRY, 2014; MEHRY, 2004; FRANCO; MEHRY, 2007; SCADUTO; BARBIERI, 2009).

Os atendimentos a adolescentes que, em alguns casos, incluíam a internação hospitalar na emergência ou no Serviço

de Álcool e Drogas (SAD) foram considerados neste estudo como de grande relevância para processos formativos e, também, para profissionais de saúde, uma vez que exigem, cada vez mais, ações articuladas de forma interdisciplinar e integral.

O objetivo deste artigo foi apresentar a experiência dos alunos e do preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) sobre a formação no contexto de uma emergência psiquiátrica junto aos adolescentes em uso problemático de drogas. A experiência propiciou reflexões sobre o funcionamento do serviço, sobre a formação e a interação interdisciplinar do aluno com o cuidado.

Detalhes da experiência

Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência. A observação e as rodas de reflexão foram métodos adotados para a discussão da temática.

Considerando a problemática do uso de drogas na adolescência e a atenção no serviço de saúde, a experiência integrou dois eixos: o olhar do preceptor sobre a formação a partir da atenção aos adolescentes que fazem uso abusivo de drogas e a percepção das alunas acerca da contribuição do PET para a formação.

A atividade se deu entre fevereiro a julho de 2014 em um campo desafiador: o serviço de emergência de um hospital psiquiátrico referência na região metropolitana II do Rio de Janeiro.

Os participantes foram duas alunas de graduação em Serviço Social da UFF, que participaram do PET, e o preceptor, profissional da unidade, ligado ao programa.

As fontes de dados foram relatórios mensais das acadêmicas acerca das atividades realizadas e do preceptor sobre a par-

ticipação das alunas. O estudo contou também com registros do caderno de anotações das alunas e reflexões desencadeadas nas rodas de discussão, onde se optou pelo tema atenção aos adolescentes em uso problemático de drogas, por ter sido este o maior impacto nas vivências das estudantes integrantes do PET-Saúde.

As rodas de discussão envolveram alunos do PET e o preceptor e aconteceram uma vez por semana, com uma hora e meia de duração, no período de seis meses. As alunas utilizaram o caderno de campo como ferramenta de discussão a partir das observações registradas acerca da experiência vivida com os adolescentes e com a equipe.

As observações das alunas abordavam os seguintes aspectos relacionados aos adolescentes: características físicas, emocionais, comportamentais, psíquicas e danos sociais, dentre eles: rompimento com os laços familiares; observações de como os usuários e familiares eram recebidos pela equipe de saúde; interlocução da equipe de saúde com outros serviços; e decisões terapêuticas. A partir dessas notas, o preceptor mediava a discussão, interpunha orientação e acrescia sugestões de leituras científicas sobre o tema.

Resultados

A instituição, cenário do estudo, recebe alunos de saúde em formação há mais de 30 anos. O PET iniciou em 2011 e, desde então, inclui e trabalha com alunos de sete cursos de graduação na área da saúde, contribuindo tanto para o ensino, quanto para o serviço de forma interdisciplinar.

Com base na vivência das alunas propiciadas pelo PET-Saúde em um cenário de atenção aos adolescentes em uso problemático de drogas, foi possível observar diferentes percepções sobre o processo de formação em saúde.

O olhar do preceptor sobre a formação a partir da atenção aos adolescentes que fazem uso abusivo de drogas

A atuação das alunas do PET-Saúde com o usuário adolescente em um serviço de emergência psiquiátrica tem sido um cenário desafiador tanto para o preceptor quanto para as alunas, isso porque oportuniza a vivência com situações que envolvem transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso prejudicial de drogas, tais como síndrome de abstinência e dependência e intoxicações agudas.

Na visão do preceptor, essa é a primeira experiência marcante na vida do bolsista PET na saúde mental, em que os primeiros contatos funcionam como uma avaliação, onde cada um tenta lidar com o diferente. Considerando que as alunas estavam na unidade como observadoras, não lhes competia tomar decisões individuais, porém precisavam se aproximar da equipe, de forma a apreender todos os elementos pertinentes às condutas profissionais. O fato de não terem a responsabilidade de decidir, não significou que não foram afetadas pelos atendimentos, pelas falas dos pacientes ou pelas decisões dos plantonistas.

O contato com o usuário revela uma formação em saúde que opera como um convite ao aluno experimentar e criticar, ou seja, reconhecer no ato aquilo que provoca sentido. Uma prática pedagógica que inclui outras conexões possíveis para a formação, que seja um acontecimento, isto é, que produza abalos no campo dos sentidos, na efetivação daquilo que passa e toca no cotidiano da formação (BONDIA, 2002).

A experiência trouxe novos campos de sentido, proporcionando a ação crítica das alunas, a saber: presença respeitosa frente aos relatos dos pacientes e às intervenções dos

profissionais; atenção interessada para observar as atitudes do adolescente, os comentários dos familiares e a condução dos profissionais; e compromisso de escrita do que foi observado e o de expor para o preceptor as dúvidas e as situações incompreendidas nos atendimentos.

Para o preceptor, essas habilidades; constituíram-se como resultados da inserção das alunas no PET-Saúde, pois as ajudaram a arriscar novos passos, em especial aqueles que as conduziu à aproximação com os adolescentes por meio de uma conversa ‘despretensiosa’ considerada como principal ponto de partida.

Explorar tais habilidades, tal qual a escuta, a fala, entre outras, reforça na formação o uso dos elementos sensíveis que são empregados na produção do cuidado, durante o encontro com o usuário. Um movimento que se expande no ato de cuidar e que permite explorar a biopotência do próprio encontro (ABRAHÃO; MEHRY, 2014).

Esse movimento de explorar o encontro como ferramenta pedagógica possibilita extrair a potência no ato do cuidar (ABRAHÃO et al., 2011). Percebe-se que alguns adolescentes chegam ao serviço trazendo os efeitos das drogas no corpo e no humor (irritados e sem muita disposição para o diálogo). Assim, quando as alunas os abordam com perguntas, por exemplo: “Por que você está aqui?”, “Como você se envolveu com drogas?”, não há boa receptividade pelo adolescente.

A direção dada às alunas foi uma aproximação com comentários laterais e perguntas sobre de que modo esses adolescentes estavam se sentindo, se precisavam de algo e, a partir daí, quando dispunham de abertura, conversavam sobre questões mais neutras e gerais, como por exemplo, eventuais interesses quanto a esportes, lazer e cultura, não fazendo da

droga o objeto de interesse do contato. A partir do vínculo, os adolescentes, pouco a pouco, falavam sobre a questão do uso abusivo de drogas.

Reconhecer a potência inscrita nos fazeres produtivos enquanto atos pedagógicos (MEHRY, 2005) e tomar o encontro como ferramenta pedagógica remete a uma centralidade do trabalho para a formação em saúde. Daí a importância do espaço cotidiano dos serviços como lugar de se debruçar sobre ações, fazeres, saberes e agenciamentos dos diversos sujeitos implicados nesses cotidianos.

Dessa maneira, no processo de formação, as alunas se encontraram com o ‘uso problemático de drogas na adolescência’, compreendendo que a droga, nesta fase da vida, tem representação peculiar, pois a adolescência é uma fase conflituosa em que se associa uma variedade de tensões (ansiedade, medo, insatisfação e busca por novas sensações), além da vontade de arriscar-se em terrenos censurados (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008; SILVA et al., 2010). Há desdobramentos distintos entre o uso da droga como mediadora (experiências, contatos, falas, sensações) e o uso da droga propriamente dita, ou seja, de atingir o gozo que a substância proporciona. Tais características devem ser consideradas pela equipe de saúde sem o que as intervenções terapêuticas sejam ineficazes (MEHRY; FEUERWERKER, 2009).

A multiplicidade de situações que envolvem a atenção aos adolescentes em uso problemático de drogas numa emergência psiquiátrica trouxe também às alunas a experiência da diversidade. Elas puderam ter contato com adolescentes trazidos por familiares, em situação de rua e usuários de droga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

As experiências vivenciadas pelas graduandas com a diversidade colocaram em xeque a ideia de que o consumo de drogas teria um padrão único e comum a todos, isto é, a imagem de que os que usam drogas são sujeitos sem família, vivendo nas ruas, roubando ou se prostituindo para sustentarem seus vícios. O encontro com os adolescentes e suas histórias de vida fez com que a droga saísse de cena e o adolescente ocupasse o foco principal do cuidado.

O encontro enquanto ferramenta pedagógica inclui o sujeito da experiência (GOMES et al., 2013) como, nesse caso, em que há dois polos observados pelas alunas. Ambos atravessam um espaço indeterminado ao colocar à prova a produção de cuidado produzida pela equipe e o efeito no encontro com o usuário, gerando nas indeterminações a busca pelo aprendizado diferenciado.

Considerando a formação, as alunas foram inseridas dentro da prática concreta sob a perspectiva da experiência em ato. A experiência de aprender a lentidão, escutar os outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço¹⁵ deu às alunas a aquisição de conhecimentos que somente a participação no PET poderia proporcionar.

Percepção das alunas acerca da contribuição do PET para a formação

Baseado na proposta pedagógica do PET-Saúde para uma formação mais próxima do cotidiano, a experiência possibilitou às alunas oportunidades de análise sobre o serviço e aprimoramento da formação em saúde no contexto da atenção aos adolescentes em uso problemático de drogas.

Durante a atuação no serviço, cada ação realizada significou um momento profícuo de reflexão e aprendizado. A leitura

dos prontuários, por exemplo, forneceu às alunas informações importantes sobre os adolescentes internados, tais como sinais e sintomas, além de registros de outros momentos que os adolescentes estiveram no serviço. Assim, a análise documental, prévia aos encontros, foi importante ao posicioná-las frente aos desafios enfrentados pela equipe e diante das intervenções, além da visibilidade sobre a presença ou ausência de outros serviços no acompanhamento aos adolescentes.

As discussões de casos pela equipe apresentou-lhes uma visão preliminar da competência de cada profissão no cuidado. As conversas informais com os profissionais foram propositivas para conhecer os ‘bastidores’, bem como a vivência dos desconfortos, limites e ‘fracassos’ inerentes ao território do cuidado aos adolescentes.

Ter o serviço como cenário pedagógico (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002) requer traduzir conceitos no mundo do trabalho em saúde e colocar no foco das discussões as várias intenções e implicações dos atores envolvidos nos microprocessos de ensino-cuidado.

Participar das reuniões de equipe expõe para a formação um território de práticas e saberes que se constitui na dinâmica entre um agir produtivo tecnológico, material e não material, e o mundo das necessidades de saúde. Um processo no qual aprender e ensinar se revelam no limite do encontro (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

O contexto da atenção aos adolescentes apresentaram às alunas algumas fragilidades, especialmente; a percepção de relações entre profissionais e adolescentes com aspectos prescritivos e com diálogos pouco interessados em aspectos gerais da vida: o que gostam de fazer (escutar música, ver televisão, brincar) ou o que gostam de conversar. As falas de alguns pro-

fissionais demonstravam ainda certo estigma internalizado quando se dirigiam ao retorno dos usuários ao serviço, denominando-os ‘sementinha do mal’. O espaço coletivo destinado à atenção aos adolescentes foi considerado pelas alunas como pouco atrativo e acolhedor, rodeado por cenários e usuários com transtornos mentais que remetiam à ‘loucura’.

Tais percepções foram importantes para que as alunas repensassem a prática e construíssem novas maneiras de atuar pautadas numa conduta integral e crítica, buscando estabelecer vínculo com os adolescentes. Elas estavam no serviço com uma escuta aberta e interessada no diálogo. Esse aspecto reforça a necessidade do uso de tecnologias leves na produção do cuidado.

As tecnologias leves são aquelas que efetuam intercessões e um novo ângulo nas relações entre profissionais e usuários, entre cuidado e o mundo das necessidades, produzindo fluxos intensos de encontros, inclusive os terapêuticos (MUZA, 1997).

A partir do PET-Saúde, as alunas identificaram também potencialidades e outras maneiras de exercerem suas profissões baseadas na experiência vivida. As potencialidades apresentadas foram: unicidade entre teoria e prática; construção de conhecimentos com a participação das alunas na atenção aos adolescentes; estudo de casos reais com possibilidade de intervenção e oportunidade de estarem inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação de novos dispositivos assistenciais, convocado pela Reforma Psiquiátrica (GALDURÓZ et al., 2004), instituiu uma nova direção de trabalho, introduzindo novos elementos na rotina das equipes de saúde mental. Nesse sentido, pequenas e grandes provocações são estabelecidas no cotidiano das equipes em que, em meio a desafios, descobertas e embates,

há a construção de projetos terapêuticos por vezes centrados fortemente na doença, segundo relato das alunas, e, por vezes, com potencial inovador.

Tudo isso contribuiu para que as alunas revisitassem a formação e fomentassem propostas de atuação em serviço. Um aspecto relevante apreendido foi a importância da escuta e a necessidade de relações menos burocráticas a partir do estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. As alunas apontaram estratégias singulares de acolhimento, tais quais o uso de linguagem mais apropriada à compreensão dos adolescentes e estrutura física da unidade mais acolhedora para a faixa etária. Apontaram, também, para estratégias mais criativas a fim de envolver os usuários no conhecimento sobre a doença e na decisão conjunta sobre o tratamento.

Considerando a experiência, percebeu-se a grande relevância do PET para a formação em saúde, em que as alunas não terão mais uma visão instrumental e burocrática do trabalho, e sim uma formação integral com potencial de transformação dos cenários de prática.

Discussão

A integração entre ensino-serviço proposta pelo PET-Saúde atravessa os diferentes sujeitos e contribui de maneira substancial para o cuidado, trazendo benefícios tanto para os alunos quanto aos profissionais, preceptores, usuários, familiares, comunidade e todos que estão inseridos no contexto de saúde. A inserção desses alunos nos serviços agrega elementos qualitativos à formação dos futuros profissionais de saúde, uma vez que estes são inseridos desde cedo no contexto real de prática.

Nessa experiência, de modo específico, tratamos de um tema bastante desafiador para a formação, que é a atenção aos adolescentes em uso problemático de drogas.

É de suma importância destacar o papel de todos os profissionais frente ao problema das drogas na adolescência. Atualmente, em função do aumento do uso de substâncias, estratégias de prevenção estão sendo desenvolvidas no território brasileiro com vistas a reduzir o fenômeno. As ações empregadas objetivam instrumentalizar os usuários com informações, tornando-os seres ativos e implicados com o processo em que vivem (PRATTA; SANTOS, 2009).

Nesse contexto, a redução de danos merece destaque por ser uma proposta capaz de minimizar os prejuízos biológicos e sociais causados aos adolescentes, no qual o respeito ao indivíduo no direito de fazer uso é parte integrante. Com a redução de danos, a droga perde o foco principal e a centralidade das ações passa a ser a qualidade de vida e o próprio sujeito (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

O problema das drogas na adolescência transcende, portanto, a dimensão estritamente disciplinar e deve envolver esforços dos profissionais em direção à promoção da saúde. Assim, com a inserção no PET, foi possível identificar que o trabalho interdisciplinar é favorável ao processo formativo dos alunos, uma vez que o cuidado com a saúde dos adolescentes envolve aspectos complexos que exigem comprometimento ético-humanista e, por isso, não podem ser produzidos a partir da fragmentação e dicotomia em disciplinas (ABRAHÃO et al., 2011). Interdisciplinaridade entendida como o encontro entre disciplinas diferentes, tanto na perspectiva pedagógica, quanto epistemológica no sentido da construção de novos saberes (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

Para tanto, nesse campo de cuidado, desejam-se implicações que agreguem todo o conjunto de conhecimentos na direção de uma atenção integral, daí a importância do comprometimento e atuação de diferentes profissionais (BRASIL, 2014).

Nessa direção, a política de recursos humanos no campo da saúde mental preza por um trabalho que seja integrado, que trabalhe na perspectiva do rompimento com os ‘especialismos’ e na formação de um trabalhador da saúde sensível aos diferentes aspectos do cuidado (BRASIL, 2002).

Considerando os adolescentes, vale ressaltar que, nessa experiência, ocorreu o ‘descentramento’ da droga para o sujeito, cujo foco ocorreu de forma sutil à medida que as relações com os adolescentes foram se aprofundando, tornando o sujeito mais importante que a substância que ele faz uso. O usuário deve ser a principal aposta e o cuidado deve estar centrado no sujeito e não na droga (RIBEIRO; FERNANDES, 2014).

É preciso considerar o olhar sobre o uso abusivo de drogas nas diferentes situações que os envolvem. Tanto nas formas de diferentes tipos de consumo, como nas distintas histórias de vida, de culturas e de realidades (BRASIL, 2014). No caso dos adolescentes, estes são considerados como uma clientela distinta do campo da saúde mental e requerem profissionais qualificados e ações específicas voltadas para esse grupo em conformidade com o ECA (BRASIL, 1990).

Um dos assuntos que trazemos para a discussão é o acolhimento desses adolescentes nos serviços de saúde, bem como; o estabelecimento de vínculos e escuta qualificada da equipe. Esse é um tema caro e necessário no campo da saúde, principalmente quando se trata de adolescentes atendidos em unidade hospitalar, conforme apontamos nos resultados dessa experiência. Necessário porque os adolescentes precisam ser vistos pelos profissionais de saúde como sujeitos de direito.

Destarte, trazer o tema humanização e construção de vínculos para a formação e cuidado aos adolescentes abre questões importantes e fundamentais, tal como prioriza a Política

Nacional de Humanização, a qual supõe uma prática transversal que ultrapasse as barreiras rígidas, endurecidas e empobrecidas do cuidado em saúde (BRASIL, 2004).

O sofrimento humano tem expressões singulares e complexas ao mesmo tempo e nos incita a olhar os diversos ângulos dos sujeitos a fim de dar conta da produção de uma abordagem que seja mais próxima de seres que são humanos, uma abordagem menos burocratizada e mais singular. Deve-se prezar por encontros potentes entre trabalhadores e usuários mediante escuta, vínculo e relações de confiança. Essa tecnologia só pode se dar no/em trabalho vivo em ato (MUZA, 1997).

Com isso, colocamos em pauta a necessidade de revisitar os processos formativos e torná-los potência de transformação das práticas. Construir tal lógica supõe que, desde a graduação, os alunos sejam influenciados pela ação cuidadora. Os laços sociais e os vínculos fortes levam tempo para surgir, enraizando-se vagarosamente nas ‘fendas’ e ‘brechas’ das instituições (SENNETT, 2009). Do ponto de vista da formação, o fortalecimento de processos integradores e o aprendizado do aluno baseado no compromisso e na responsabilização com o cuidado são desafios lentos e em permanente *devoir*.

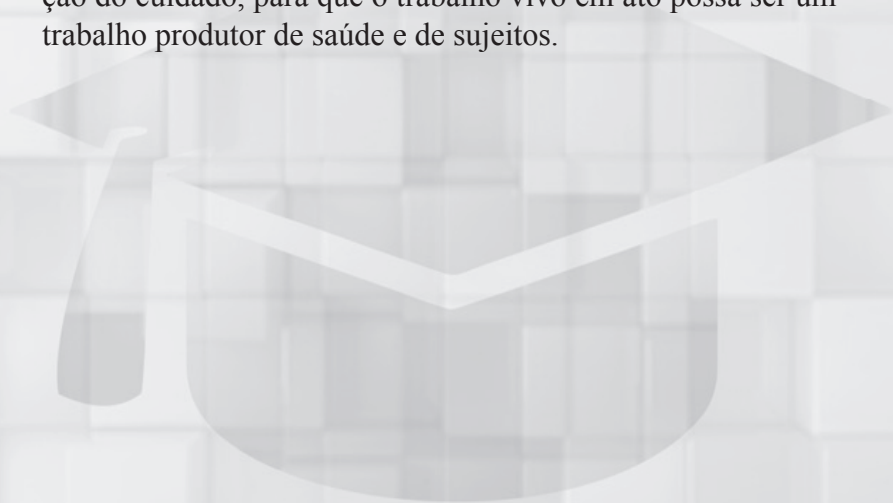
Considerações Finais

Considerando a experiência das alunas e do preceptor no PET-Saúde, constata-se um relevante impacto na formação e na atuação da preceptoria, uma vez que o cenário foi provocador de reflexões e disparador de mudanças na forma de ver o serviço, a formação, o adolescente e o próprio cuidado.

A partir do PET, diversos aspectos constituíram elementos diferenciais na vida das alunas e agregaram ao programa um avanço no papel de ordenar a formação de profissionais para o SUS, a saber: funcionamento do serviço; atuação multi-

profissional; visão ampliada da formação em saúde para além da disciplina; relação profissional-alunos e alunos-usuários; rodas de discussão e problematização de casos; estigma internalizado; contato com a diversidade; unicidade entre teoria e prática; e construção de vínculos.

Espera-se que tal diferencial repercuta nos cenários de prática e que a formação destes e de outros alunos sensibilizem e despertem o desejo pela mudança no olhar sobre os adolescentes na perspectiva da humanização e da desinstitucionalização do cuidado, para que o trabalho vivo em ato possa ser um trabalho produtor de saúde e de sujeitos.



Referências

- ABRAHÃO, A. L. et al. Pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Rev. bras. educ. med.** 2011; 35(3): 435-40.
- ABRAHÃO, A. L. et al. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. **Rev. bras. educ. med.** 2011; 35(3): 435-40.
- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensino. **Interface** (Botucatu). 2014; 18(49): 313-24.
- ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. **Esc. Anna Nery**. 2006; 10(3): 408-16.
- BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface** (Botucatu) [periódico na Internet]. 2014 Jun [citado 2014 Ago 07]; 18(49): 337-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200337&lng=pt.<http://dx.doi.org/10.1590/180757622013.0158.7>.
- BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev bras educ.** 2002; (19): 20-8.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 Jul 1990.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. 5ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 6. 5ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Folder do Seminário PET-Saúde. In: **Programa Nacional de Reorientação da formação profissional em saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Ci-

tado 2014 jul. 27]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/sem-2011Pet/index.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Sistema único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da III Conferência Nacional de saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Drogas nas escolas**. São Paulo (SP): UNESCO-DST/AIDS-MS-CNPQ; 2002.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na Perspectiva da promoção da saúde. *Esc. Anna Nery*. 2008; 12(3): 555-9.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface** (Botucatu). 2007; 11(23): p. 427-38.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**, 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; 2005.

GOMES, M. P. C. et al. Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro. **Interface** (Botucatu). 2013; 17(47): 835-45.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005. p. 195-206.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-37.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-74.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006; 11(3): 807-16.

MUZA, G. M. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I Prevalência de consumo por sexo, idade e substância. **Rev. Saúde Pública** 1997; 31(1): 21-9.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicol. teor. pesquis.** 2009; 25(2): 203-11.

RIBEIRO, C. T.; FERNANDES, A. H. Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** (São Paulo) [periódico na Internet]. 2013 Jun.[citado 2014 Ago 14]; 16(2): 260-272. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n2/06.pdf>>

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009; 14(2): 605-14.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 14ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2009.

SILVA, K. L. et al. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Esc. Anna Nery** [Internet], 2010 [acesso em 01 Fev 2015]; 14(3): 605-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300024&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300024>.





**FORMAÇÃO E
CAMPO DE PRÁTICAS**

**O PET-REDES como uma
Potência Indutora do
Matriciamento e da Integração
Ensino-Serviço-Comunidade**

**Ana Carolina Ametlla Guimaraes
Alessandro Diogo De-Carli
Maria Tavares Cavalcanti**

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. A necessidade de estreitamento de vínculos entre os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é de fundamental importância na garantia da integralidade do cuidado. Para tanto, os serviços precisam estabelecer formas mais estáveis e duradouras de diálogos e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam: prevenção, promoção e orientem os usuários no seu percurso pela RAS (SILVA, 2011). Ainda segundo Silva (2011), outro aspecto importante é a relação entre os níveis de atenção da rede assistencial. Para articular esses níveis a organização não deve se dar na forma piramidal, que habitualmente situa os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, da base para o topo. Os serviços de saúde devem interagir entre si, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência, de forma tal que os clássicos instrumentos de referência e contra referência entre níveis de atenção em um modelo piramidal não se mostram adequados. Para tanto, é de fundamental importância a consolidação das ações matriciais como apoio no cotidiano das equipes.

A Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), inspirado no Programa de Educação Tutorial, do Ministério da Educação. O objetivo geral do programa é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial, caracterizando-se como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como

fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (HADDAD et al., 2009). Tal ferramenta propicia a interação entre diferentes profissionais, de diferentes pontos da RAS, contribuindo para a consolidação das ações em rede. Além disso, gera uma aproximação dos estudantes com as questões reais do cotidiano dos trabalhadores e dos usuários do SUS, facilitando a integração, durante todo o processo de ensino-aprendizagem da orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Redes de Atenção (PET-Redes), associado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), vinculados ao Ministério da Saúde e da Educação em parceria com Universidades, Secretarias Municipais/Estaduais de saúde tem como proposta principal estimular a superação da dicotomia entre teorias e práticas, consolidando a integração ensino/serviço/comunidade, referenciadas fortemente nas Diretrizes Curriculares do Ensino de Graduação para os cursos da saúde (FONSECA; JUNQUEIRA, 2014). Esse projeto inovador problematiza o processo saúde/doença/cuidados, buscando superar lacunas de acesso e de integralidade de atenção, rompendo barreiras e contribuindo para a consolidação do SUS. Além disso, pela participação dos estudantes, consolida-se o movimento de formação no SUS, fortalecendo o diálogo entre a Universidade, o serviço de saúde e a comunidade⁴. Estimulando as ações intersetoriais, a vivência prática alinhada às Políticas de Saúde e a pesquisa, tornando essa proposta uma potente fonte de intervenção no cenário de práticas.

Este relato de experiência descreve uma forma de trabalhar com o apoio matricial junto a uma das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), do Município de Campo Grande. Estas ações foram realizadas através do PET-Redes.

Tendo sido este, uma potência indutora do matriciamento e de ampliação das ações de articulação da RAS. A proposta se baseia no acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas pelas equipes da ESF. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do PET-Redes como aparato de fomento à integração ensino-serviço-comunidade, promovendo impacto direto no estreitamento do vínculo entre os usuários, a Unidade Básica de Saúde da Família e os acadêmicos participantes. Da mesma forma, o cenário de práticas explorado pelo projeto revelou-se como um local possível de abordar as questões relacionadas à dependência química e ao sofrimento que isso possa acarretar.

O apoio matricial em Saúde Mental é uma estratégia de ação amplamente divulgada e muito discutida, porém a operacionalização do modo de fazer e o entendimento de como, a quem e quando solicitar apoio ainda é obscuro para as equipes. O apoio matricial tem por finalidade facilitar a troca de opinião entre os profissionais, convidando-os a elaborar conjuntamente Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), baseados no diálogo e no compromisso com a saúde dos usuários (CAMPOS, 1994).

Romper com o entendimento de que a abordagem a ser realizada pelas equipes da ESF se restringe à identificação para o encaminhamento aos centros de especialidades talvez seja o maior desafio atual na consolidação de um modelo de base comunitária, alicerçado na APS. Para Campos (1994), quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores, vislumbrando a apropriação do cuidado pelas equipes e o desenvolvimento de ações sistemáticas de acompanhamento desses usuários

na própria APS. Observa-se, atualmente, impedimentos muito arraigados na forma de conceber o cuidado e o processo saúde-doença envolvidos, o que fomenta o não cumprimento da longitudinalidade do acesso, princípio básico da APS, perpetuando a fragmentação do cuidado e a impossibilidade de execução de uma clínica ampliada (MOREIRA, 2007). Nota-se ainda maior resistência quando situamos tal fato no âmbito da clínica relacionada ao consumo de álcool e drogas.

Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, a atuação das equipes da Atenção Básica tem se mostrado um recurso fundamental para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e também de diversas formas de sofrimento mental (BRASIL, 2004). Na ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel essencial no processo de trabalho, enquanto elo entre a equipe e a comunidade. Sua atuação possibilita uma efetiva capilaridade do cuidado, bem como o fortalecimento das ações no território, daí sua relevância nas ações matriciais, para que realmente se possa modificar o formato das ações em saúde (BRASIL, 2005). O ACS, além de representar um trabalhador singular na saúde, é o responsável por viabilizar boa parte da implantação de políticas públicas em saúde (FERREIRA et al., 2009). Se a proximidade desses profissionais com a comunidade e a inserção deles como moradores da área adstrita potencializam as ações territoriais, por outro lado também podem gerar impasses e inseguranças quando a abordagem proposta se debruça sobre usuários de álcool e/ou outras drogas. Assim, situações podem ser delineadas em que os trabalhadores se questionam em como separar as intervenções profissionais da identificação pessoal dentro da comunidade. Esta insegurança aumenta quando estes fazem a associação do usuário de álcool e/ou outras drogas à criminalidade/violência urbana, se sentindo

expostos e desprotegidos em seu local de moradia, acabam por vezes, assumindo uma posição evitativa em relação a abordagens que envolvam esse tema (BARROS, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) destinam-se a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia, procurando integrá-los a um ambiente social e cultural concreto (seu “território”), espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004). Como dispositivo estratégico na Atenção Psicossocial, os CAPS ad buscam sedimentar um espaço de cuidado pautado na integralidade, na clínica ampliada e no respeito à singularidade dos sujeitos, tendo como pressuposto norteador a Política de Redução de Danos (BRASIL, 2004).

Para promover efetivo acompanhamento desses usuários cuja característica de manutenção de vinculação aos serviços ocorre de maneira oscilante, é de fundamental importância que os CAPS articulem as ações para além da própria instituição. É importante lembrar que os CAPS precisam estar inseridos em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados (BRASIL, 2004). Entretanto, existe relevante dificuldade entre as equipes dos CAPS; em encontrarem espaços formais de trabalho que possibilitem acompanhar os usuários em seus territórios e ainda prover apoio à ESF. Incurrer na prática da “hiper-institucionalização” das ações, mantendo exclusivamente propostas de cuidado voltadas para ações dentro do CAPS, com pouco estímulo a autonomia e a reinserção efetiva dos usuários em seu meio social, sem dialogar com outros setores e com parceiros informais na comunidade, tem se mostrado um dos problemas a serem superados (PANDE; AMARANTE, 2011).

O objetivo desse relato de experiência é de descrever as ações do PET-Redes no acompanhamento de um trabalho de matriciamento de ações de saúde voltadas aos usuários de álcool, crack e/ou outras drogas.

Percurso do Trabalho

Previamente ao início das ações propostas pelo PET-Redes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), ainda na época da submissão deste ao Ministério da Saúde, fez-se o diagnóstico situacional referente à problemática álcool e/ou outras drogas. Identificaram-se duas áreas de maior frequência deste agravo na cidade de Campo Grande (MS): um território pertencia a uma unidade de ESF e outro a uma Unidade Básica de Saúde, sendo que esse relato de experiência será centrado nas ações do PET-Redes ocorridas junto à equipe da ESF. A partir desses dados é que todo o subprojeto do PET-Redes foi proposto, tendo seu início em agosto de 2013.

Participaram desse projeto de matriciamento vinculado ao PET-Redes os preceptores: três profissionais da equipe técnica do CAPS ad (uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga), a coordenadora da Atenção Especializada do Município de Campo Grande (psiquiatra), uma profissional da ESF (enfermeira). Oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), doze acadêmicos de diferentes cursos de graduação (Odontologia, Enfermagem, Medicina e Farmácia) da UFMS e um tutor/coordenador, também desta instituição.

A autora deste relato de experiência é a psiquiatra, que se encontrava como gestora na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, como coordenadora da atenção especializada deste município. Trata-se da descrição dos relatos das primeiras seis reuniões realizadas conjuntamente com a equipe da ESF e os componentes do PET-Redes (reuniões pre-

paratórias) e também da descrição de três abordagens conjuntas realizadas pela equipe, com alguns usuários identificados na comunidade que apresentavam problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Vamos nos ater mais às reuniões preliminares, que foram encontros preparatórios para o desenvolvimento da proposta do PET-Redes, visando o planejamento das ações, que tinham por objetivo o apoio matricial voltado para o acompanhamento dos usuários de álcool e/ou outras drogas. Todas as reuniões foram anotadas pela autora, em um diário de campo, no qual eram transcritas as falas dos participantes e descrito a dinâmica dos encontros. O foco deste relato ficou centrado nas principais dificuldades encontradas na execução da proposta de fomento a esse tipo de apoio matricial e nas estratégias elaboradas para a superação dos problemas apresentados. A descrição do processo de trabalho, das reuniões preparatórias e das primeiras ações voltadas efetivamente ao acompanhamento desta clientela possibilita uma análise interessante da atuação dos diferentes atores envolvidos nesse trabalho e os desdobramentos desse encontro promovido pelo PET-Redes.

Logo no primeiro encontro, houve a exposição da proposta de trabalho junto à equipe da ESF. Nesse momento o objetivo foi de estimular a identificação das pessoas com intenso sofrimento em função do consumo de álcool e/ou outras drogas, de fomentar a busca ativa destas no território adscrito e também de abertura para que a equipe pudesse trazer questões do seu cotidiano, relacionadas a esse tema.

Os ACS se mostraram, desde os primeiros encontros, reaciosos diante da proposta do grupo. Assumindo na maioria das reuniões uma posição de oposição em relação à abordagem proposta. Tamanha resistência por parte de alguns membros chegou a ser manifesta como recusa formal ao trabalho. Várias

alegações eram usadas por parte dos ACS, a mais recorrente era a de que não se sentiam seguros para o trabalho com essa população específica, mesmo que o grupo do PET-Redes reafirmasse sua presença constante, para poder apoiá-los em todo o percurso, inclusive na abordagem em campo.

Diante desse posicionamento, optou-se por estender um tempo maior no preparo desses profissionais, mantendo por mais tempo os encontros preparatórios, para que esse espaço de troca de informações pudesse assegurá-los da permanência da proposta. Para Campos (1994) a implantação de um modelo de saúde sem o acordo e o empenho da maioria dos trabalhadores e gerentes em consolidá-lo, torna a execução do processo quase impossível. Baseados nisso, a observação do discurso dos trabalhadores em relação à proposta e a criação de um espaço de expressão de suas subjetividades para a construção de novas possibilidades de práticas mais abertas e criativas foi um dos desdobramentos desses encontros.

Foram realizados seis encontros, nos quais os ACS foram estimulados a contar suas experiências e tentar identificar quais das famílias acompanhadas tinham alguém que apresentasse problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Nos dois primeiros encontros, quase nenhum caso foi apontado pela equipe. Era comum o questionamento: “Quem garante que não vão achar que nós estamos querendo saber essas coisas para contar à polícia?” ou “Vocês estão falando isso, mas depois vão embora e somos nós que ficamos aqui”.

O entendimento de que o uso de álcool e ou outras drogas não traz em si uma questão de saúde e sim uma fragilidade moral também foi uma das questões presentes nesses encontros. Isso ficou evidente devido ao fato de que a maioria dos ACS nem sequer abordavam essas questões com as famílias. Quando questionados quanto ao motivo de não abordarem esta

temática, a razão apontada foi de que não se sentiam a vontade para perguntar, de que não sabiam como mencionar o tema ou ainda alegando que: “Essas questões de intimidade não nos dizem respeito”.

Esse tipo de entendimento, frente à demanda álcool e/ou outras drogas, demonstra o quanto essas questões não são consideradas um problema de saúde pública, mas um problema do usuário, fato que promove a fragilização do vínculo entre a ESF e a comunidade, bem como com os outros dispositivos da RAS. Além disso, trata-se de pessoas marcadas pela falta de vínculos institucionais, a qual na maioria das vezes se origina já nos momentos iniciais de sua existência no convívio dentro do próprio núcleo familiar (ANDRADE, 2011).

Essa associação da figura do usuário de álcool e/ou outras drogas como, necessariamente, uma pessoa também envolvida com situações de violência e criminalidade apareceu com frequência no discurso dos trabalhadores. O que revela uma prática comum entre os profissionais da saúde, de “culpabilização da vítima”, através de preconceitos e do parco entendimento sobre o processo saúde-doença que envolve esse tipo de situação.

A consideração de que a dimensão social configura e dá sentido à dimensão biológica (MERHY; QUEIROZ, 1993) e que dentro desta perspectiva social, e não desvinculada deste contexto, é que as ações precisam ocorrer para que possamos também pensar em proposições que, levando em consideração os determinantes sociais em saúde, possam ser promotoras de saúde, foi um dos princípios norteadores na elaboração da proposta de trabalho. Exercitar o grupo no sentido de pensar em conjunto, tentando encontrar soluções menos excludentes para o cuidado desses usuários foi um dos temas das reuniões preparatórias.

A elaboração do PTS ainda não era parte do processo de trabalho nessa ESF, logo, tal proposta requereu que o grupo elaborasse uma oficina para a participação de toda a equipe antes que pudéssemos efetivamente iniciar o PTS junto aos pacientes e familiares. Tal oficina ocorreu em um dos seis encontros preparatórios, contando com a presença de todos os envolvidos no projeto. Foram utilizados casos clínicos para discussão, com posterior elaboração de um instrumento sucinto norteador do PTS a ser desenvolvido. Esse instrumento se assemelha ao utilizado no CAPS ad para o mesmo fim.

Essa etapa foi muito produtiva, tendo alguns dos ACS realizado correlações dos três casos apresentados na oficina, com situações semelhantes às vividas por alguns usuários que eles acompanham. Foi feito um exercício, durante a oficina, de que em cada caso clínico apresentado, a equipe se esforçasse para identificar possíveis potencialidades naqueles sujeitos que estavam sendo discutidos. Propondo que o encontro dessas potencialidades seja tão importante ou mais do que a preocupação exclusiva de enumerar as fragilidades de cada caso (BRASIL, 2013).

Os primeiros casos surgiram por parte do apontamento dos técnicos do CAPS ad, pois estes conheciam alguns pacientes da área que frequentavam o CAPS ad. Isso contribuiu para que a equipe da ESF se sentisse mais à vontade e, aos poucos, pudessem também falar dessas pessoas. Entretanto, identificamos que a abordagem, quando existia, era baseada no entendimento de que, o que se tinha para ofertar era o encaminhamento para o CAPS ad. A possibilidade de utilizar o espaço da ESF como lugar de tratamento para essas questões relacionadas ao uso de álcool e/ou outras drogas ainda gerava estranhamento na equipe.

Paulatinamente, outros nomes de usuários foram surgindo. Então, já com a equipe de saúde mais envolvida na proposta, planejou-se convidá-los para que viessem à ESF a fim de que,

através desse primeiro encontro, a equipe pudesse dar início ao desenvolvimento de um PTS. Poder conhecer o sofrimento psíquico e físico pelos quais essas pessoas na maioria das vezes estão submetidas, só foi possível à medida que se conseguiu partir para o trabalho de atenção à saúde efetivamente. O contato direto com os usuários, que passou a ocorrer após os seis primeiros encontros preparatórios, ocorreu na ESF. Estes encontros com os usuários foram realizados semanalmente (por três semanas subsequentes), sempre com a participação ativa dos membros da equipe de saúde e do PET-Redes. Esta ação contribuiu para que o próprio trabalho possibilitasse o bom andamento do processo. A inclusão do PTS nas ações do PET-Redes foi de extrema importância, pois possibilitou uma aproximação maior entre os sujeitos envolvidos, o que é relevante, pois, conforme Conte (CONTE, 2004), do sujeito toxicômano muito se fala, mas pouco se escuta. Não existe muita disponibilidade para ouvir sobre suas histórias, pois na maioria das vezes essas pessoas estão investidas de um imaginário que remete suas práticas ao gozo, a irresponsabilidade, a delinquência e a afronta aos modos de vida tidos como comuns. O sofrimento e o mal-estar que vivem, muitas vezes, ficam invisíveis. Personificar as estórias, conhecendo esses usuários a partir de suas falas que evidenciam suas trajetórias e suas mazelas, possibilitou empréstimo de afeto ao trabalho cotidiano. Observou-se que isso facilitou o acolhimento por parte da equipe desse tipo de sofrimento, que até então não era abordado.

A instituição de novos gradientes de vínculos criaram mecanismos de aproximação e de comprometimento entre os usuários e a equipe de referência, permitindo maior visibilidade da qualidade do trabalho da equipe, diminuindo-se, com isto, a distância, hoje abismal, entre o poder dos técnicos e dos usuários (CAMPOS, 1994).

O Acompanhamento dos Casos e das Ações

Ao total identificaram-se vinte e nove famílias que tinham mais de um ou pelo menos uma pessoa com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Planejou-se chamar, a cada encontro, seis usuários para uma avaliação pela equipe com o intuito de aproximação destes usuários que possibilitasse o início da elaboração dos PTS. Até o momento foram realizados três encontros, nos quais compareceram nove usuários. Visitas domiciliares consentidas estão sendo agendadas como estratégia de busca para os casos que não compareceram a Unidade de Saúde.

Nesse momento a equipe atende em conjunto, sempre um membro da equipe da ESF, um profissional do CAPS ad e dois acadêmicos. Como existia uma psiquiatra no grupo, alguns atendimentos especializados acabaram acontecendo também nesse momento de elaboração do PTS. Os próprios ACS começaram a dizer na comunidade que havia um projeto onde existia uma psiquiatra para atender as pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e ou outras drogas. Tal experiência chamou a atenção do grupo para a modificação dessa prática, uma vez que rapidamente a própria equipe passou a centralizar as ações no atendimento especializado. Isso provocou preocupação no grupo, pois o objetivo era empoderar a unidade e a equipe para que esta pudesse desenvolver as ações de forma sistemática, mesmo depois de encerradas as atividades do PET- Redes. Como alternativa, planejamos que o atendimento médico seria realizado exclusivamente pelo médico da ESF e se caso esse necessitasse haveria o apoio da psiquiatra na forma de consulta compartilhada (BRASIL, 2011). Dessa forma, no primeiro encontro seria realizada a elaboração de uma proposta de PTS junto com os usuários e agendado uma consulta com o generalista da unidade e/ou em outro dispositi-

vo da Rede conforme a estratégia identificada. Passou-se a trabalhar desde então com o conceito de Técnico de Referência, prática também não instituída nessa ESF.

A principal função dos profissionais de referência seria elaborar e aplicar o PTS. Para que isto ocorra, é necessária uma aproximação entre usuário, família e profissionais de referência (CAMPOS, 1994), possibilitando que os arranjos de cuidados e as estratégias possam ser compartilhadas e monitoradas. Dessa forma, leva-se em consideração que a equipe da ESF deve ser quem tem responsabilidades sobre o cuidado e é quem deve ser gestor do projeto terapêutico, devendo, portanto, acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência (MEHRY; FRANCO, 2003), sem se desvincular desse usuário e dessa demanda.

A ansiedade da equipe em ter que dar uma resposta imediata aos usuários, tendo como retorno mais palpável uma consulta especializada e a devolutiva comum de prescrição, teve que ser modificada. Dessa forma, pactuou-se que quando não fosse possível o acompanhamento exclusivo pelo médico da ESF e se fizesse necessário o encaminhamento para os dispositivos especializados, esses usuários se manteriam vinculados à equipe da ESF, independente da decisão do encaminhamento, contemplando a longitudinalidade do cuidado (CAMPOS, 1994).

Logo no início do trabalho em campo, uma das ACS que demonstrava insegurança e receio em relação à proposta do PET-Redes, teve uma séria intercorrência na abordagem a uma família na qual um dos membros sabidamente apresentava problemas relacionados ao consumo de crack. Segundo relato da mesma, ao fazer uma visita de rotina, aproveitou para abordar a dona da casa, perguntando se esta tinha interesse em que seu filho fosse acompanhado pela unidade de saúde para tratar de questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas.

A ACS então pediu os dados do filho para que pudesse agendar sua ida à ESF. Nesse momento, o mesmo, muito agitado, ameaçou-a com uma faca, de maneira que a ACS teve de deixar o local às pressas.

Tal fato teve uma repercussão muito ruim no grupo e a partir dessa situação, novamente foi necessário reavaliar a formatação das ações. Dias depois, esse usuário foi até a unidade de saúde se desculpar, relatando o medo que sentiu quando viu a profissional conversando com sua mãe. Afirmou ter interpretado que a mãe havia chamado alguém para hospitalizá-lo. Contou que já havia sido internado involuntariamente e que naquele momento temia esse desfecho.

Logo, apesar da sedimentação do movimento antimanicomial/ antihospitalocêntrico em relação aos agravos relativos à saúde mental, em especial ao abuso de drogas, ainda vivenciamos os reflexos de uma prática hegemônica que desconsidera a Redução de Danos e o controle do processo saúde-doença envolvido nessas questões. Nesse aspecto, a primeira, enquanto prática clínica restitui aos cidadãos consumidores de drogas, dependentes ou não, o direito a saúde. O usuário deixa de ser percebido como indivíduo inconsciente e destruidor, para ser considerado como agente ativo, responsável por si mesmo e pelos demais (ANDRADE, 2011).

Constatou-se com essa experiência, que a abordagem que vinha sendo realizada até então, justificada pela dificuldade da equipe da ESF em abordar o tema, era a de se dirigir a família e não diretamente ao usuário que apresentava problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Contribuindo para a não efetivação do protagonismo dos usuários, sujeitando-os a ações de saúde prescritivas (MEHRY, 1997) e muito pouco compartilhadas. Questionar essa prática e modificá-la foi inevitável após esta ocorrência com uma das ACS. Desviar

da armadilha fácil e simplista de, a partir desse desfecho de agressão contra um trabalhador, simplesmente constatar que as pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas são agressivas e que conferem perigo à equipe, foi desafiador. Tal sentença fez-se presente de maneira evidente e veio de encontro aos julgamentos já proferidos anteriormente pelos ACS e por alguns outros membros da equipe. O maior desafio foi encontrar no formato do trabalho, algo que pudesse justificar tal atitude por parte do usuário e tornar tal evento um modificador da prática até então realizada, e não um álibi para o desinvestimento do trabalho.

Apesar de o sofrimento ser comumente manifesto por outros membros da família, a equipe deve estar atenta para que o usuário não associe esta, como veículo de respostas exclusivas à demanda familiar. Uma vez que, não raramente, as relações familiares estão maculadas por profundos conflitos, oriundos do processo saúde-doença em questão. Criar um espaço que estimule a escuta do sofrimento dessas pessoas sem o intermédio de terceiros, reassegura o lugar de cuidado para a equipe de saúde. Com isso, sempre que se oferecesse ajuda, a orientação passou a ser para fazê-lo diretamente aos usuários, sabendo que essa primeira abordagem influencia na receptividade da proposta terapêutica.

Por solicitação de alguns usuários, está sendo planejado um grupo operativo de pessoas com sofrimento decorrente do uso de álcool e/ou outras drogas nessa ESF, que terá frequência semanal. Tal prática não era comum e nunca havia sido desenvolvida até então. Incluir essa ação na rotina de trabalho gera aproximação dos usuários, dos familiaridade e das equipes com as questões relacionadas ao uso de álcool e/ou outras drogas. Torna o próprio ambiente mais permeável às ações desse tipo na unidade de saúde, pois incluem na rotina da ESF

ações que são originadas por necessidades sentidas pela própria comunidade, no caso, os usuários, o que concorda com os princípios da ESF.

Essa atividade será desenvolvida pela enfermeira dessa equipe, inserida no projeto. Segundo relato dos ACS, alguns usuários têm-se mostrado surpresos em descobrir que a ESF pode ser uma opção para o tratamento dos agravos relativos ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas. Não só a equipe da ESF tinha estranheza na forma de cuidar dessa demanda, bem como, constatou-se que a própria comunidade não se apropriava desse espaço para tratar dessas questões. Fato que aos poucos, vai sendo superado.

Assim sendo, destaca-se a importância do PET-Redes/UFMS no âmbito da integração ensino-serviço-comunidade, como viabilizador do encontro de acadêmicos, profissionais de saúde e membros da comunidade em questão. Privilegiando um olhar ampliado, que dialogue com situações reais do cotidiano num processo permanente de cuidado e de melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2013). Os estudantes vivenciaram as dificuldades das equipes, participaram dos desdobramentos dos conflitos, tiveram a dimensão da realidade daquela comunidade e puderam fazer proposições ao longo do processo de trabalho. Tiveram também, a dimensão do trabalho em rede e conheceram a RAS local.

A relevância do incentivo a esse tipo de projeto reside no fato de que, ao promover a inserção dos estudantes da graduação para vivenciarem o cotidiano SUS, consolida-se o movimento de formação universitária no SUS, o que implica maior adequação de perfil dos futuros profissionais de saúde à realidade local.

Nas avaliações realizadas em reuniões dos estudantes com os preceptores/tutor, aqueles evidenciaram como principais “ocorrências”: a experiência prática do princípio da lon-

gitudinalidade do cuidado, acolhimento, matriciamento e da amplitude do cenário de práticas em saúde para além da unidade de ESF, considerando o território como campo fértil nesse aspecto.

Analisando a realidade local em termos de política de integração ensino-serviço-comunidade, acreditamos que dificilmente essas experiências poderiam ter sido concretizadas se não fosse através de iniciativas como a do PET-Redes, pois o mesmo demonstrou ser uma ferramenta efetiva de formação “no SUS”, considerando que a formação “para o SUS”, em alguns casos, é realizada, ainda, “intramuros”.

Considerações Finais

Consolidar ações de cunho matricial com as equipes da ESF ainda é tarefa incipiente. Sensibilizar os profissionais para o sofrimento relacionado ao consumo de álcool e ou outras drogas, superando o estigma e o medo dos trabalhadores em lidar com essa temática em seu cotidiano, são as principais dificuldades a serem trabalhadas para que qualquer ação nesse sentido possa ser implementada. Faz-se necessário instituir práticas voltadas para o acompanhamento dessa clientela, tornando as ações de saúde mental e a abordagem ao sofrimento psíquico como parte integrante das ações na Atenção Básica.

Reafirmar junto aos ACS a relevância das ações desenvolvidas por eles e a importância do vínculo de confiança e de respeito com os usuários, tem sido também um de nossos objetivos. O lugar que esses profissionais ocupam dentro da equipe ainda é por vezes relegado a uma posição hierarquicamente inferior. Poder demonstrar que é o trabalho dessas pessoas que possibilita a implementação de novas práticas e demonstrar isso para os próprios trabalhadores, altera o envolvimento dos mesmos com o processo de mudança, tão necessário ao trabalho em saúde. Tor-

nar as ações voltadas para as pessoas com sofrimento psíquico em função do uso de álcool outras e/ou outras drogas rotineiras nos dispositivos da Atenção Básica, possibilita o acompanhamento mais efetivo de cada caso. Para tanto, as equipes precisam superar o entendimento de que o encaminhamento para a atenção especializada é a única resposta a ser ofertada.

A manutenção de projetos de troca de saberes como o que foi proposto pelas ações do PET-REDES, que fomentem ações intersetoriais e confirmem apoio matricial à ESF, consegue modificar a lógica de trabalho instituído, pois possibilita construir junto às equipes e a comunidade novas alternativas de cuidado. Tal iniciativa, inserida de forma contínua no cotidiano do serviço, possibilita modificações bem mais consistentes do que as intervenções pontuais realizadas até então.

A incorporação das discussões conjuntas (envolvendo PET-REDES, equipe de ESF e comunidade) circunscritas dentro do cenário de práticas (na unidade de saúde ou no próprio território), tornou mais efetivo o questionamento das práticas até então instituídas e a construção de novas alternativas a partir das questões que se apresentam longitudinalmente no percurso do próprio projeto. Isto torna o trabalho, além de mais dinâmico, produtivo e questionador, uma motriz para a não cristalização do repertório das ações. Realizar isso com e no serviço, sedimenta nas equipes e nos acadêmicos; um processo de aproximação com novos arranjos possíveis para questões anteriormente distantes do trabalho real. Possibilitar e intermediar o encontro com esse “Outro”, desconhecido e recoberto por um imaginário nada convidativo através da apropriação de cada caso, tem sido a estratégia mais utilizada até aqui.

Assim sendo, ficou claro que o PET-REDES, enquanto projeto institucionalizado, fomentou a parceria entre universidade, equipe de saúde e comunidade, mostrando-se como po-

tente indutor da efetivação de ações programadas, promotor de espaços de troca de saberes e vivências. Mostrando-se transformador da realidade do processo de trabalho. Nessa perspectiva, foi através do PET-REDES que os estudantes tiveram seu primeiro contato com o mundo do trabalho, o que, na prática, foi vivenciado pela participação dos mesmos nas discussões referentes ao PTS, planejamentos de ações em equipe multiprofissional, na noção de utilização do técnico de referência e da integralidade do cuidado na RAS.

Além disso, facilitou-se a negociação/diálogo entre a universidade e os profissionais da RAS, o que promoveu mudanças significativas na aprendizagem e no processo de trabalho. Considerando o SUS como ordenador do processo de formação em saúde, este tipo de trabalho fortalece a formação acadêmica voltada para as práticas em saúde no SUS, introduzindo conceitos e formas de atuação diferentes das ações isoladas e cercadas de “especialismos”, que por vezes ainda permeiam a formação acadêmica dos estudantes da graduação. A centralização das ações na realidade local e na demanda dos sujeitos envolvidos possibilita uma interação real com as questões daquela comunidade, estabelecendo elos de cuidado entre os trabalhadores, acadêmicos e usuários daquele território. Pela experiência aqui relatada, evidencia-se o benefício desse tipo de iniciativa para a comunidade, pois, através dessas ações de integração, problemas relevantes podem ser abordados de maneira mais equânime, humanizada e ampliada. Proporcionar que os estudantes participem da construção de novas formas de cuidar, vivenciando as dificuldades encontradas e participando da elaboração de estratégias de ação, torna o processo de formação destes mais dinâmico e criativo. Preparando-os para os desafios que se apresentam no cotidiano dos trabalhadores em saúde no SUS.

Referências

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** (Rio de Janeiro). 2011; 16(12):4665-4674.

BARROS, M. M. M^aA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva** (Rio de Janeiro). 2009; 14(1):227-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ed. Brasília, DF: MS; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto “Caminhos do Cuidado”** - Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília, DF: MS; 2013.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília; 2008.

CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Considerações sobre a arte e ciência da mudança: revolução e reforma. O caso da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. p. 29-86.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro). 1994; (2):393-403.

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. **Revista da Associação Psicanalítica. (Porto Alegre)**. 2004; (25):23-33.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro). 2009; 25(4):898-906.

FONSECA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciênc. saúde coletiva** (Rio de Janeiro). 2014; 19(4):1151-1162.

HADDAD, A. E.; CAMPOS, F. E.; FREITAS, M. S. B. F.; BRENELLI, S. L.; PASSARELA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Cad ABEM**. 2009; 5:6-12.

MERHY, E. E. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec;1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde debate** (Rio de Janeiro). 2003; 27(65):316-23.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. (Rio de Janeiro) 1993; 9(2): 177-184.

MOREIRA, M. C. N. A construção da clínica ampliada na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro). 2007; 23(7):1737-1739.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciênc. saúde coletiva** (Rio de Janeiro). 2011; 16(4):2067-2076.

SILVA, S. F. D. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, (Rio de Janeiro). 2011; 16(6):2753-62.

FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

PET Observatório de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal: uma experiência acadêmica e interprofissional em Porto Alegre, RS

Luciana Laureano Paiva

Cristianne Maria Famer Rocha

Luiz Felipe Pinto

Aline Nunes

Daniela Silva Santos

Mariluce Anderle

Mariselda Tecchio

Patrícia Flores Rocha

Priscila Fortes Thomas Hoppe Aron Krause Litvin

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007) (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008) tem por objetivo incentivar mudanças no ensino e na formação em saúde, tendo como eixo condutor o trabalho como um espaço de aprendizado e a consolidação da integração entre ensino-serviço-comunidade em consonância com a política estadual e/ou municipal de saúde e com o perfil epidemiológico loco regional.

A articulação destas iniciativas para reorientação da formação profissional visa incentivar a interação ativa dos acadêmicos e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais e trabalhadores dos serviços e usuários. Ou seja, assegurar que o processo de ensino-aprendizagem ocorra nos mais diversos cenários de prática com uma abordagem integral do processo saúde-doença, produzindo mudanças na formação em saúde, produção de conhecimentos e atendimento das necessidades da população, bem como fomentar a criação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde - SUS, como forma de qualificar a atenção à saúde prestada ao cidadão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

A implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde, promulgadas há cerca de dez anos, ainda é um desafio, especialmente no que diz respeito a mecanismos efetivos de integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação com o SUS, resgate da dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional, sob uma concepção ampliada de saúde. Portanto, proporcionar a vivência interprofissional em saúde

apresenta-se como uma importante estratégia, na atualidade, para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe e o cuidado integral em saúde (BATISTA, 2012).

O PET Observatório de Saúde da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal é oriundo de uma parceria interinstitucional firmada entre o Ministério da Saúde, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Secretaria Municipal da Saúde do Município de Porto Alegre, RS, aprovado no Edital nº 24 de 2011 (BATISTA, 2012).

Esse Projeto, além de propiciar experiências educacionais interprofissionais, se propõe também a organizar, produzir e dar visibilidade às informações em saúde disponíveis para usuários e trabalhadores dos Distritos Sanitários Glória, Cruzeiro e Cristal, que englobam seis bairros do Município de Porto Alegre e atendem uma população de aproximadamente 136 mil pessoas, em torno de 10% do total da cidade (NOVELLI, 2006; OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE, 2014).

Nesse sentido, a experiência de elaboração do Observatório de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal⁽⁶⁾ busca favorecer a formação de profissionais da saúde sob a perspectiva da integralidade, na medida em que propicia ao acadêmico da saúde vivências nos cenários de prática da rede do SUS, geradoras de novas aprendizagens e conhecimentos de forma contextualizada, rompendo o modelo tradicional de formação em saúde.

Observatórios de Saúde no Mundo e no Brasil

Ferreira (2012) define que, Observatórios de Saúde Pública,

6 ^(a) O Observatório de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal está disponível no endereço: <http://gc-cobservatorio.wix.com/saude>

[...] para além de serem centros de análise, são também estruturas bem claras de comunicação para dentro (informando/ apoiando/ avaliando a tomada de decisão e a intervenção, nomeadamente, a nível local) e para fora do setor de saúde (fazendo a advocacia da saúde e influenciando as políticas públicas com maior impacto na saúde. (p.11)

A autora destaca ainda que, em geral, os Observatórios são estruturas nacionais e/ou regionais, criadas como resultado de uma decisão estratégica do gestor principal de uma instância governamental e financiadas, total ou parcialmente pelo governo. Quando são formados regionalmente, funcionam de modo articulado com atuação “em rede” e plano de trabalho comum. Permitem observar e analisar de uma forma crítica, continuada e sistemática a evolução de indicadores de estado de saúde de uma população em geral ou de uma subpopulação específica, reunindo, para isto, equipes multidisciplinares, especialistas de uma determinada temática, com a finalidade de identificar e analisar realidades, contextos, fatos e processos.

Os Observatórios de Saúde vêm se multiplicando em todo o mundo. Sua proliferação ocorreu nos últimos vinte anos, com o advento da internet e das tecnologias da informação e comunicação. Estas novas ferramentas permitem atingir um público cada vez maior, em tempo real. Apresentam origens, perfis e objetivos muito distintos, apesar de ser possível identificar alguns traços comuns (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014). Alguns se constituem como espaços virtuais destinados a monitorar e divulgar informações sobre determinados temas e outros funcionam como redes ou fóruns de discussão (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014).

A análise dos Observatórios de Saúde na América do Sul e Central revelam que a opção esteve focada entre a questão dos recursos humanos em saúde e saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde. Na Europa, a opção foi a de comparar os sistemas e serviços de saúde, interfaceando atenção primária em saúde e atenção hospitalar e indicadores sociais, econômicos, ambientais, morbi-mortalidade e desigualdades em saúde (SIQUEIRA; CARVALHO, 2003).

Destacam-se, na Europa, o Observatório Regional de Saúde da Ilha de França (*Observatoire Régional de Santé Île-de-France*), criado em 1974, com o objetivo de apoiar a gestão local na área da saúde pública (participa na elaboração de diferentes planos regionais de saúde pública, realiza estudos de demanda de coletividades locais, analisa problemas de saúde em programas regionais, compreende os determinantes sociais, econômicos e ambientais e as desigualdades entre os territórios em que atua), além de desenvolver estudos sobre a percepção das pessoas e seus comportamentos de prevenção, acompanhando a evolução e tendências ao longo dos anos.

Atualmente, cada região da França tem o seu próprio Observatório, assim como algumas regiões da Bélgica, da Itália e outras partes da Europa (HEMMINGS; WILKINSON, 2003).

Na Inglaterra (HEMMINGS; WILKINSON, 2003), uma rede nacional de Observatórios Regionais de Saúde Pública foi criada em 1999 para reforçar a disponibilidade e uso de informações sobre saúde a nível local. Suas principais tarefas seriam o apoio às entidades locais no monitoramento de saúde e doença, identificando lacunas de informação de saúde, orientando sobre os métodos de saúde e avaliando o impacto da desigualdade de saúde, além de poder traçar cenários para dar alerta precoce de futuros problemas de saúde pública (DOBSON, 1999).

No Brasil, como um exemplo de Observatórios de Saúde, podemos citar a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), instituída em 1999, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Atualmente, agrega 21 estações de trabalho sediadas em Universidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Ainda que possuam focos de análise distintos e diferentes objetivos, percebemos que os Observatórios de Saúde, em geral, se destinam às seguintes possibilidades de análise:

1. monitoramento do estado de saúde da população ou subpopulações, identificando suas necessidades de saúde;
2. integração das diversas bases de dados de interesse da saúde, em um grande repositório para análises futuras ('big data');
3. realização da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis no âmbito da saúde ambiental;
4. monitoramento e avaliação dos efeitos e impacto do desempenho dos serviços e programas de saúde, sobretudo na melhoria da saúde e diminuição das desigualdades em saúde;
5. realização e apoio de pesquisas operacionais e aplicadas, utilizando-se a captura e coleta de dados inclusive *on line*;
6. compartilhamento em rede da produção do conhecimento gerada;
7. proposição de recomendações e comunicação adequada ao público-alvo (*public health reporting*);
8. disseminação dos resultados em mídias sociais adequadas e devidamente formatadas para esta finalidade;

9. utilização de fonte de dados secundárias e outras bases de dados geradas pelos Institutos Nacionais de Estatística, Ministérios da Saúde e regiões específicas de cada País.

O Observatório de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) utilizou como principais referências para a sua criação/implantação: a Rede de Estações Observatório de Tecnologias de Informações em Serviços de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RJ, 2014) – OTICS RIO; o Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE, 2014) - OTICS; e o Observatório da Cidade de Porto Alegre (OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE, 2014)- ObservaPOA. De um modo geral, esses Observatórios têm, em comum, o objetivo de desenvolver e disponibilizar informações que contribuam para o fortalecimento do SUS, por meio do apoio à gestão e à educação permanente em saúde.

PET Observatório de Saúde GCC: uma construção coletiva

O PET Observatório de Saúde GCC, desde sua concepção, foi idealizado por representantes da UFRGS e da SMS de Porto Alegre, de forma a atender as demandas e necessidades de ambas instituições. Constitui-se como um espaço de pactuação, envolvendo diferentes atores com o intuito de mapear, analisar, discutir e difundir informações em saúde; qualificar o monitoramento e a avaliação de indicadores de saúde produzidos; avaliar processos de notificação da produção assistencial das equipes de saúde; ampliar a participação da comunidade na produção e

no uso de informações em saúde; desenvolver e aplicar as tecnologias da informação adequadas às realidades socioculturais; estimular a interação e proporcionar vivências de trabalho interprofissional entre os acadêmicos e os profissionais envolvidos no Projeto. Todas essas ações integradas almejam dar uma maior visibilidade às condições de saúde da população adstrita ao território, favorecendo o exercício do controle social.

A equipe de trabalho iniciou suas atividades em agosto de 2012 e está constituída por duas tutoras docentes, dos cursos de Fisioterapia e Saúde Coletiva da UFRGS, seis profissionais que atuam como preceptoras, vinculadas a diferentes serviços da rede de saúde dos Distritos que compõem a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (quatro enfermeiras, uma dentista e uma farmacêutica) e doze acadêmicos bolsistas dos cursos da área da saúde da Universidade (atualmente, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Medicina e Serviço Social). Como forma de qualificar o trabalho desenvolvido, foi realizada, em 2014, uma parceria com o TransLab (TRANSLAB, 2014) – laboratório cidadão de inovação social de Porto Alegre, buscando desenvolver ações compartilhadas que fortaleçam a integração com os trabalhadores e comunidade dos Distritos envolvidos e que tornem o Observatório de Saúde uma ferramenta útil para a comunidade se informar a respeito de suas necessidades de saúde. O laboratório cidadão é uma estrutura social que pode assumir formas diversas e que permitem a qualquer pessoa participar de um processo de inovação. A inovação aberta, proposta inicialmente por Chesbrough (2003), refere-se a um modo de gestão da inovação, cuja função é capturar e criar valor por meio do uso deliberado de conhecimentos localizados dentro e fora da organização. Logo, qualifica o processo de implementação do Observatório de Saúde GCC para integrar o contexto de inovação dos laboratórios cidadão.

Nessa perspectiva, o PET Observatório de Saúde GCC tem buscado, através da colaboração com o TransLAB, aproximar os diferentes atores das comunidades envolvidas (usuários, trabalhadores, gestores, acadêmicos e docentes) para a (co)criação de abordagens de relacionamento comunitário através de um conjunto de atividades realizadas com o intuito de recosturar pacientemente o tecido das relações sociais (BOURRIAUD, 2009).

E, assim, as atividades são planejadas, desenvolvidas, monitoradas e avaliadas de forma coletiva, por meio de atividades comuns aos diferentes atores (reuniões, oficinas, estratégias de divulgação do Observatório, entre outras), a fim de se alcançar os objetivos pretendidos. Além disso, os subgrupos, constituídos por uma preceptora e dois bolsistas, realizam suas atividades, ao longo da semana, nos serviços de forma a integrar os acadêmicos às rotinas das equipes de saúde, estimulando assim a interprofissionalidade e uma maior reflexão sobre a – atual e futura – inserção das diferentes profissões no cotidiano do trabalho do SUS e da formação em saúde.

Construindo caminhos possíveis...

Ao longo dos dois anos de sua existência (2012 a 2014), os participantes do PET Observatório de Saúde GCC realizaram diversas ações, tais como:

- a) Levantamento e diagnóstico da situação da participação comunitária no território, ampliando a participação da comunidade na produção e no uso de informações em saúde incluindo as diversas modalidades de comunicação e disseminação de dados. Ao conversar com alguns usuários de comunidades adstritas a duas Unidades de Saúde da Família da GDGCC, com a finalidade de identificar o acesso que teriam ao ambiente virtual, foi verificado que

mais de 90% dos entrevistados afirmaram ter interesse em obter informações sobre saúde através de um espaço virtual.

- b) Participação de tutores, preceptores e acadêmicos em capacitações para o uso de bases de dados, como no Curso do ObservaPOA promovido pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, o curso para o uso do Google Earth e desenvolvimento de blogs, realizado no âmbito do IX Congresso da ABRASCO, em Porto Alegre, dentre outros eventos científicos, nacionais e internacionais, para divulgação do Observatório de Saúde GCC.
- c) Identificação de indicadores de saúde de interesse local, a partir do acompanhamento das Oficinas Loco Regionais das Equipes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, realizadas na Gerência Distrital GCC, com a participação de profissionais das equipes de saúde, representantes dos Conselhos Locais de Saúde, preceptoras e monitoras do PET. Foi possível identificar os indicadores de acompanhamento prioritário nos Distritos, quais sejam: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Causas Externas e Violência, HIV, Tuberculose, Saúde da Mulher, Acolhimento, Tabagismo, Programa de Saúde na Escola (PSE) e Bolsa família. A participação nas Oficinas possibilitaram compreender melhor o território, em toda a sua complexidade socio sanitária, mapear os equipamentos existentes (na perspectiva da intersetorialidade), repensar as práticas e as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, buscando a qualificação da gestão e a sensibilização dos trabalhadores em relação às necessidades locais de saúde.
- d) Qualificação do monitoramento e avaliação de indicadores de saúde produzidos para cada Distrito (Glória, Cruzeiro e Cristal), dentre aqueles indicados como prioritários.

Também foram analisados os indicadores relativos à taxa de natalidade, nascidos vivos e mortalidade do Distrito GCC, comparativamente à cidade de Porto Alegre.

- e) Desenvolvimento de processos e meios de comunicação para o monitoramento e disseminação de informações de saúde, que permitam a interatividade entre usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, incentivando-os a atuarem como protagonistas e co-responsáveis pela divulgação e contínua construção do Observatório de Saúde.

Experiência interprofissional na formação em saúde

Conforme afirmam Santos e Garcia (2011) e Batista (2012), o Pró Saúde e o PET Saúde tem se revelado como espaços potenciais de interlocução, aprendizagem compartilhada e de educação interprofissional para diversos atores (docentes, acadêmicos, profissionais, gestores e usuários), indutores de transformação do modelo tecnoassistencial e de mudanças na graduação.

Dentre as inúmeras experiências proporcionadas pelo PET Observatório de Saúde GCC, destacamos a necessidade de integração entre os participantes do Projeto, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde envolvidos e os usuários. Integração entendida em uma perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiências e saberes, respeitando a diversidade de olhares e opiniões, possibilitando assim a cooperação para a realização de práticas transformadoras e exercício permanente do diálogo (BATISTA, 2012).

A construção e a execução do Projeto foram compartilhados desde sua concepção, permitindo a todos os participantes conhecerem as competências específicas de cada área profissional, desenvolverem o respeito às especificidades de

cada profissão, terem disponibilidade para agenciar e integrar diferentes saberes e práticas, estarem abertos para dimensões que se situam entre os núcleos profissionais, exercitarem o planejamento participativo, a tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas (BATISTA, 2012; CAPOZZOLO et al., 2014).

Nesse sentido, o Observatório de Saúde GCC se propõe a apostar na possibilidade de construção do novo, investindo no estabelecimento de relações horizontalizadas, onde o produto e os frutos colhidos são compartilhados. O caminho não está pronto e, por esta razão, deve ser reconstruído a cada processo, sempre negociado e (re)pactuado. Pois, caminhando juntos todos aprendem que o desafio é o trabalho em ato, no cotidiano das relações e experimentações (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Avanços e desafios...

Ao longo dessa caminhada coletiva e compartilhada, foi possível evidenciar avanços e desafios. Como experimento, o Observatório de Saúde GCC pode ser visto como algo predizível e previsível, porém a experiência de construí-lo coletivamente nos permitiu abrir espaço para o desconhecido, para o novo, para o inesperado, para as incertezas, para novos começos, mas também para correr o risco de não (BADIN, 2002; CAPOZZOLO et al., 2013).

Essa experiência da convivência multiprofissional proporcionou a todos os envolvidos trocas de saberes e conhecimentos em busca de um objetivo comum e, ao mesmo tempo, compartilhar vivências enriquecedoras na realidade dos serviços do SUS, permitindo inspirar e ser inspirado a transformar a formação em saúde e qualificar os processos de formação e de trabalho.

Por fim, o maior desafio deste Projeto ainda está por vir. Esperamos que as discussões e reflexões que emergiram no decorrer de todo o processo de elaboração e implementação do Observatório de Saúde dos Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal, por esta multiplicidade de atores, permaneçam vivas entre usuários e equipes de saúde e gestão, fomentando a reconstrução e atualização contínua desse espaço virtual de forma ativa e criativa.



Referências:

BADIN, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev.Bras. Educ.** 2002; 19:20-28.

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**. 2012; 2:25-28.

BOURRIAUD, N. **Estética Relacional**. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

CAPOZZOLO, A.A. et al. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde** 2014; 12(2):443-456.

_____. Experiência, produção do conhecimento e formação em saúde. **Interface**; 2013. 17(45):357-370.

CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**; 2011. 1:19-27.

CHESBROUGH, H. Open Innovation. The New Imperative for creating and profiting from technology. **Harvard Business School Press**; 2003.

DOBSON, F. **Saving lives: our healthier nation**. Department of Health, London: The Stationery Office, 1999. [acesso em 3 mar 2014]. Disponível em: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386-00.html>

FERREIRA, A.I. **Projeções de Taxa de Mortalidade**. [dissertação]. Porto (Portugal): Faculdade de Ciências da Universidade do Porto; 2012.

HEMMINGS, J; WILKINSON, J. What is a public health observatory? **J Epidemiol Community Health**. 2003; 57:324–326.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/index.php>>. Acesso em 8 ago 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró Saúde**. 2011.a Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/index.php>>. Acesso em 8 ago 2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br>>. Acesso em 8 ago 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Interministerial nº 1.802**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET - Saúde. Brasília, DF: 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº 3.019. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**. 27 nov 2007;p.44.

NOVELLI, V.F. **Observatório de Saúde: uma revisão sistemática**. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE. Disponível em: <<http://www.observapoa.com.br/>>. Acesso em 8 ago 2014.

OBSERVATÓRIO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE – OTICS. Disponível em: <<http://www.otics.org/>>. Acesso em 10 ago 2014.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Revista Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. Brasília, DF: 2014.

SANTOS, M.L.M.; GARCIA, V.L. Apresentação. **Caderno FNEPAS**. 2011; 1:3-5.

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. Edital Nº 24, de 15 de dezembro de 2011. **Seleção de Projetos de Instituições de Educação Superior**. Brasília, DF: 2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - RJ. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Rede de Estações** - Observatório das Tecnologias de Informação e Comunicação em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, RJ: 2014. [acesso em 8 ago 2014]. Disponível em: <http://www.redeoticsrio.org/>

SIQUEIRA, C.E; CARVALHO, F.O. Observatório das Américas como rede de saúde ambiental e do trabalhador nas Américas. **Cienc Saude Colet**. 2003; 8(4):897-902.

TRANSLAB. Laboratório Cidadão. Disponível em: <<http://www.translab.cc/>>. Acesso em 9 ago 2014.



FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS

Sobre os autores:

Alcindo Antônio Ferla - Médico, doutor em educação, professor da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Alexandre Medeiros de Figueiredo - Médico, mestre em epidemiologia, professor do Centro de Ciências Médicas da UFPB e ex-diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde entre 2013-2016.

Aline Nunes da Cruz - Graduada em Fonoaudiologia. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas (UFRGS/HCPA)

Ana Carolina Simões Pereira - Enfermeira.

Ana Lúcia Abrahão - Enfermeira. Pós-Doutora em CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE. Professora Titular na Universidade Federal Fluminense (UFF).

André Luis Façanha Da Silva - Educador Físico. Mestre em SAÚDE DA FAMÍLIA. Professor Substituto na Universidade Regional do Cariri (URCA).

Ândrea Cardoso Souza - Enfermeira. Doutora em SAÚDE PÚBLICA. Professora Adjunta na Universidade Federal Fluminense (UFF).

Andrea Monks Queiroz - Acadêmica de Serviço Social.

Aron Krause Litvin - Administrador de Empresas. Especialista em CIÊNCIAS DO CONSUMO. Professor de Pós-Graduação do Centro Universitário Ritter dos Reis.

Camila Hidemi Danno - Enfermeira. Residente em Urgência e Emergência na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Camila Oliveira Vieira - Acadêmica de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Teresina-PI

Carla Bertuol - Psicóloga. Doutora em PSICOLOGIA. Professora adjunta na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Clarissa Gonçalves da Silva - Enfermeira.

Cristianne Maria Famer Rocha - Publicitária. Doutora em EDUCAÇÃO. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL/UFRGS).

Cynthia Aparecida Rodrigues Mondin - Nutricionista. Nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde de Santos, SP.

Daniela Silva Santos – Acadêmica em Medicina.

Eduardo de Carvalho Rocha - Médico. Especialista em RESIDÊNCIA MÉDICA. Médico da Prefeitura Municipal de Niterói, RJ.

Elisabete Takeda - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM FUNDAMENTAL. Professora na Faculdade de Medicina de Marília.

Eluana Borges Leitão de Figueiredo - Enfermeira. Doutoranda em CIÊNCIAS DO CUIDADO EM SAÚDE. Integrante do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Prefeitura Municipal de Resende, RJ.

Erica Rosalba Mallmann Duarte - Enfermeira, doutora em engenharia da produção, professora da Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

Fernanda Bigio Cavallieri - Enfermeira. Mestra em CIÊNCIAS.

Fernando Sfair Kinker - Terapeuta Ocupacional. Doutor em CIÊNCIAS SOCIAIS. Professor Adjunto na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Gabriel Guimarães Di Stasi - Acadêmico de Medicina.

Gabriela Amaro Cagliari - Acadêmica do Serviço Social.

Graziela Tainara Okuda - Enfermeira.

Heloisa Helena Rousselet Alencar - Médica. Especialista em SAÚDE PÚBLICA. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque - Enfermeira. Doutora em ENFERMAGEM. Vice-Reitora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Janaína De Pádua Carneiro Vasconcelos - Acadêmica de Enfermagem.

Luana Espírito Santo Souza - Enfermeira. Especializada em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira Orientadora na Integrational.

Luciana Laureano Paiva - Fisioterapeuta. Pós-Doutoranda no PROGRAMA DE CIÊNCIAS MÉDICAS. Professora e Coordenadora de Curso na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Luciana Rocha de Oliveira Nardo – Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista. Doutoranda no Programa de Ciencias de la Salud pela Universidade de Sevilla. Professora na **Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA**

Luiz Euripedes Almondes Santana Lemos - Acadêmico de Medicina.

Marcos Aguiar Ribeiro - Enfermeiro. Mestre em SAÚDE DA FAMÍLIA. Professor Colaborador na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Aparecida Vilela Freitas Araújo - Enfermeira. Especialista em SAÚDE DA FAMÍLIA. Enfermeira na Prefeitura de Sobral, CE.

Mariana Carneiro Santos - Acadêmica de Psicologia.

Mariluce Anderle - Acadêmica de Fisioterapia.

Marisa Martins Altamirano - Assistente Social. Especialista em RECURSOS HUMANOS. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Mariselda Tecchio – Enfermeira. Preceptora PET-Saúde.

Natasha Brunhara Contrera - Acadêmica de Psicologia.

Nathalia Nakano Telles - Acadêmica de Terapia Ocupacional.

Neuza Aparecida Nascimento Gonzaga - Terapeuta Ocupacional. Mestra em CIÊNCIAS DA SAÚDE. Terapeuta Ocupacional na Prefeitura Municipal de Santos, SP.

Patrícia Flores Rocha - Dentista. Mestre em ENSINO NA SAÚDE. Cirurgiã-dentista do Município de Estância Velha.

Priscila Fortes Thomas Hoppe - Médica.

Rui Teixeira Lima Junior - Psicólogo.

Sergio Itiro Nakadate - Dentista. Especializado em SAÚDE DA FAMÍLIA.

Tahamy Louise Duarte Pereira - Psicólogo.

Tânia Rodrigues Furtado - Enfermeira. Mestra em SAÚDE PÚBLICA. Enfermeira no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Teresina, PI.

Tássio Breno de Sousa Lopes Lavôr - Enfermeiro.

Thaís Teixeira Closs - Assistente Social. Doutora em SERVIÇO SOCIAL. Professora Adjunta na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Valeria Lamb Corbellini - Enfermeira. Doutora em EDUCAÇÃO. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde/PUCRS.

Vânia Maria Frantz - Nutricionista. Especialista em SAÚDE PÚBLICA. Estatutária na Prefeitura de Porto Alegre.